

भूमिका*

‘लेप्रसी’ यानी कोढ़, रक्तपित्त या महारोग की जानकारी हिन्दुस्तान में तथा ससार के दूसरे भागों में बहुत पुराने समय से—ईस्वी सन् के दो-तीन हजार वर्ष पहले से, होने के प्रमाण मिलते हैं। यह कोई मामूली रोग होता और मनुष्य-जाति को विशेष पीडा या क्लेशप्रद न होता तो इसके बारे में बहुत सोचने-विचारने की जरूरत नहीं थी। परन्तु अत्यन्त दुःखदायी और मानसिक पीडा उपजानेवाले जो रोग है यह तो उनमें से एक है।

यह सब देशों में किसी भी फिर्क के लोगों में होता है। यद्यपि दीन-दुर्बलों को यह अधिक सताता है, पर धनियों के साथ भी यह रत्ती-भर भी रियायत नहीं करता। यदि कोढ़ियों में पुरुषों की संख्या अधिक है, तो यह समाज-रचना का परिणाम है, इससे यह नहीं समझना चाहिए कि इस रोग से स्त्रियों के लिए किसी तरह की निर्भयता या छूट है। छोटे बच्चों के शरीर में रोग-निवारण की शक्ति की बिल्कुल कमी, और बचपन में आवरण त्वचा और श्लेष्मल त्वचा के कोमल और नाजुक होने के कारण, जैसे कोढ़ी के नजदीक रहने से बच्चों को यह बीमारी लग जाने का पूरा डर रहता है, वैसे ही असावधानी से कोढ़ी के निकट सस्पर्श में रहने से युवा स्त्री-पुरुषों को भी यह रोग लग सकता है। यद्यपि कोढ़ियों की सन्तान जन्म के समय से ही कुष्ठ-पीडित नहीं होती, और जन्म के बाद ही रोग-पीडित माता-पिता ने

* यह भूमिका ब्रि. ए. लेप्रसी रिलीफ एसोसियेशन की सी. पी. और वरार प्रांतिक शाखा के एक्जिक्यूटिव कमेटी के चेयरमैन, कर्नल सर कृ. वि. कुकडे, सी. आई. ई., आई. एम्. एस्, एल. एम्. एंड. एस् (बंबई) एल्. आर. सी. पी. एंड. एस् (एनिवरा) रिटायर्ड इन्स्पेक्टर जनरल आफ सिविल हास्पिटल्स सी. पी. ने लिखी है।

जिस राष्ट्र ने विशेष रूप से ध्यान देकर इसे उखाड़ फेंकने में या इसके फैलने देने के खिलाफ शास्त्रानुकूल और प्रभावकारी उपायो पर अमल किया, उसे इस रोग का समूल नाश करने में बड़ी सफलता मिली। इस प्रकार आज इंग्लैण्ड, फ्रांस, जर्मनी, नार्वे आदि राष्ट्रों ने इस रोग के रोकने का जहाँतक हो सका, पूरा प्रबन्ध किया है। कभी-कभी वहाँ कुछ रोगी जो देखने में आते हैं, वे इस रोग को दूसरे देशों से लाये हुए होते हैं।

पहले कहा जा चुका है कि हिन्दुस्तान में इस रोग की जानकारी प्राचीन समय से है। इस रोग का दवा-पानी भी होता रहा होगा। पर रोग को रोकने का विशेष उपाय तो रोगी को अलग रखना ही था। उपाय कोई भी काम में लाया गया हो, यह सही है कि उससे रोग अपेक्षित रूप से रुका नहीं।

हिन्दुस्तान में इधर बहून् सालों से क्रिश्चियन मिशनरी लोग धर्म-परायणता और भूतदया से प्रेरित होकर कोटियों का दुःख दूर करने की कोशिश में लगे हैं। उनका उद्देश्य बीमारों का सिर्फ शारीरिक ही नहीं, बल्कि आध्यात्मिक दुःख निवारण करना भी होता है। मन् १९२५ ईस्वी में ब्रिटिश एम्पायर लेप्रसी रिलीफ एसोसिएशन की हिन्दुस्तान की मुख्य शाखा अर्थात् इंडियन कांसिल हिन्दुस्तान की राजधानी में स्थापित हुई और उसकी शाखाएँ हर प्रान्त में खोली गईं और इस काम के लिए एक खासी रकम एकत्र की गई। सम्प्रति यह इंडियन कांसिल और इसकी उपशाखाएँ, प्रान्तीय सरकारें, डिस्ट्रिक्ट बोर्डें और इस अत्यन्त महत्त्वपूर्ण और कर्णात्मक कार्य में हार्दिक रस लेने-वाले विभिन्न प्रान्तों के कुछ नागरिक अथवा उनके द्वारा स्थापित की गई निजी संस्थाएँ, सब मिलकर इस देश से कोढ़ को निर्मूल करने के लिए यथाशक्य प्रयत्न कर रहे हैं।

उनकी कोशिशों का थोड़े में कुछ हाल नीचे दिया जाता है—

(१) रोग की उत्पत्ति, उसके फैलाव और उपचार के बारे में

नहीं करते। वास्तव में देखा जाय तो कोढियो में काम करते हुए बहुत सफाई से रहने, कोढियो को अपने खानपान की चीजे, वर्तन-भाड़े, कपड़े-लत्ते वगैरह न छूने देने, अपने शरीर पर कोई घाव हो तो उसको बचाने, अथवा उतने दिन अपना काम बन्द रखने की सावधानी रखलेने पर डाक्टरों अथवा रोगियों की सेवा करनेवालों को छूत शायद ही लगती है, यह अनुभव है। पर बहुतों का सयाल है कि इस रास्ते में न पडना ही सबसे अच्छा है। यह होते हुए भी मध्य-प्रान्त के वर्धा कस्बे में कुछ विख्यात समाजसेवकों ने सन् १९३६ ईस्वी में "महारोगी (कोढी) सेवा मण्डल" नामक संस्था स्थापित की। इस संस्था की ओर से डा० महोदय, एम. बी. बी. एस, और श्री मनोहरजी दिवाण ने कोढियों के बारे में मत-प्रचार, उपचार और जाँच करनेवाला एक केन्द्र येलीकेली में खोलकर प्रत्यक्ष कार्य आरम्भ कर दिया है। काम की बाढ़ की वजह से उन्हें शीघ्र ही वायगांव में दूसरा केन्द्र स्थापित करना पडा। श्री दिवाण डाक्टर नहीं है, तथापि इस भूतदया के काम के लिए उन्होंने अपना तन-मन-धन अर्पण करके कामचलाऊ सारा औपपत्तिक और व्यावहारिक ज्ञान हिन्दुस्तानी मिशन के चाँदखुरी और पुरलिया के खास कोढीखानों में रहकर प्राप्त किया है। कलकत्ता के स्कूल आफ ट्रापिकल मेडिसन का लेप्रसी कोर्स भी उन्होंने पूरा किया है। इस मण्डल को तथा इसके काम को मध्यप्रान्तीय सरकार के पब्लिक हेल्थ डिपार्टमेण्ट की मजूरी भी मिल गई है।

यह पहले कहा जा चुका है कि अपने देश से कोढ को दूर करने का यत्न करनेवाले कार्यकर्ता, स्वयं रोगियों और सुशिक्षित जनता को इस रोग की साधारण शास्त्रीय जानकारी करा देना एक खास काम है। इस ज्ञान के फैलाने का काम करते समय श्री दिवाण को यह अडचन जान पडी कि इस विषय पर मराठी में कोई किताब नहीं है। इस कमी की पूर्ति के लिए उन्होंने अपनी सर्वदा की उत्साहवृत्ति से यह पोथी लिखने का काम हाथ में लिया। यह पुस्तक डाक्टरों के लिए नहीं लिखी

निवेदन

कुष्ठ (कोढ़) का नाम हिन्दुस्तान में वैदिक* कालसे सुना जाता है, और उसके इलाज के लिए चालमुग्रा तेल का उपयोग भी उतने ही पुराने जमाने से होता चला आता है। दूसरे देशों में तो यह रोग खतम होने आया, लेकिन हिन्दुस्तान में अभी इसकी जड़ जमी हुई है। प्रान्तीय भाषाओं में इस विषय की कोई मान्य पुस्तक नहीं है। हम म्यूर, लो, वेड, मिट्सुदा या हयाशी सरीखे कोढ़ रोग की जानकारी रखनेवाले किसी भारतीय अन्वेषक का नाम नहीं पेश कर सकते। इस रोग के रोगियों का दुःख दूर करने को अपना सर्वस्व दे डालनेवाले फादर डैमियन जैसे लोग हमारे यहाँ नहीं मिलते। कुछ विदेशी भाई हैं, हैं जो कोढ़ियों के लिए हमारे देश में स्वार्थत्यागपूर्वक कई सस्थाएँ चला रहे हैं। हिन्दुस्तानियों की खोली हुई सस्थाएँ तो अगुलियों पर गिनने-भर को भी नहीं हैं। यह नहीं है कि हिन्दुस्तान में भूतदया, सेवा की भावना और अन्वेषक बुद्धि का अभाव हो। फिर यह उदासीनता क्यों? अपने १५-२० लाख भाई जीते जी मौत से भी बदतर रोग में पड़े सड़ा करें और हम चुपचाप आँखें खोले देखते रहें, यह 'दया' का मजाक ही तो है या और कुछ?

इस पुस्तक का उद्देश्य इस हालत को बदलना है। यह बात होगी

* सुधुत-संहिता में कुष्ठ, घातरक्त, रक्तपित्त इत्यादि रोगों का जिक्र है। उसमें साधारण त्वचा-रोगों के लिए 'कुष्ठ' शब्द बर्ता गया है। फिर उसके 'महाकुष्ठ', व 'क्षुद्रकुष्ठ' नाम से दो भाग करके क्रम से ७ और ११ उपभेद किये गये हैं। उनमें 'अरुणकुष्ठ' के लक्षण आज जिसे कोढ़ कहते हैं उससे मिलते-जुलते जान पड़ते हैं। इस पुस्तक में सब जगह इसके लिए कोढ़ शब्द बर्ता गया है।

गई है। वल्कि इसका कार्य-क्षेत्र ऐसा रखा गया है कि इसमें की शास्त्री और व्यावहारिक जानकारी कोटियों में काम करनेवाले और साधार जनता को करा देना, इसके प्रतिबन्ध के काम में गड़बड़ करने से होनेवाली जोखिम लोगों को सुझा देना और इस रोग को नेस्तनाबूद करने के लिए किसी खाम मौके पर कुछ असुविधाजनक और कष्टकर उपाय की योजना हो तो सारे समाज की सहानुभूति और सहकारिता प्राप्त होने में उपयोगी होना। मुझे आशा है कि इस पुस्तक में उपर्युक्त उद्देश्य बहुत अंश में सिद्ध होंगे। मेरी ममत्त में श्री दिवाण ने अपने इस परिश्रम से समाज को अपना ऋणी बनाया है।

श्री दिवाण ने इस उपयुक्त पुस्तक के लिए भूमिका लिखने का मान मुझे दिया, इसके लिए मैं उनका कृतज्ञ हूँ। अन्त में यह चाहता हूँ कि उनके इस प्रगल्भ उद्योग को जनता का पूरा-पूरा आश्रय मिले और उनके प्रयत्न से कम-से-कम उस हिस्से में, जहाँ वह काम कर रहे हैं, इस अत्यन्त क्लिष्ट और दुःखदायक व्याधि का समूल नाश हो।

नागपुर

कृ० वि० कुकले ।

२ मई १९४०

निवेदन

कुष्ठ (कोढ़) का नाम हिन्दुस्तान में वैदिक* कालसे सुना जाता है, और उसके इलाज के लिए चालमुग्रा तेल का उपयोग भी उतने ही पुराने जमाने से होता चला आता है। दूसरे देशों में तो यह रोग खतम होने आया, लेकिन हिन्दुस्तान में अभी इसकी जड़ जमी हुई है। प्रान्तीय भाषाओं में इस विषय की कोई मान्य पुस्तक नहीं है। हम म्यूर, लो, वेड, मिट्सुदा या ह्याशी सरीखे कोढ़ रोग की जानकारी रखनेवाले किसी भारतीय अन्वेषक का नाम नहीं पेश कर सकते। इस रोग के रोगियों का दुःख दूर करने को अपना सर्वस्व दे डालनेवाले फादर डैमियन जैसे लोग हमारे यहाँ नहीं मिलते। कुछ विदेशी भाई हैं। हैं जो कोढ़ियों के लिए हमारे देश में स्वायत्त्यागपूर्वक कई सस्थाएँ चला रहे हैं। हिन्दुस्तानियों की खोली हुई सस्थाएँ तो अगुलियों पर गिनने-भर को भी नहीं हैं। यह नहीं है कि हिन्दुस्तान में भूतदया, सेवा की भावना और अन्वेषक बुद्धि का अभाव हो। फिर यह उदासीनता क्यों? अपने १५-२० लाख भाई जीते जी मौत से भी बदतर रोग में पड़े सड़ा करे और हम चुपचाप आँखें खोले देखते रहे, यह 'दया' का भजाक ही तो है या और कुछ?

इस पुस्तक का उद्देश्य इस हालत को बदलना है। यह बात होगी

* सुश्रुत-संहिता में कुष्ठ, घातरक्त, रक्तपित्त इत्यादि रोगों का जिक्र है। उसमें साधारण त्वचा-रोगों के लिए 'कुष्ठ' शब्द बर्ता गया है। फिर उसके 'महाकुष्ठ', व 'क्षुद्रकुष्ठ' नाम से दो भाग करके क्रम से ७ और ११ उपभेद किये गये हैं। उनमें 'अरुणकुष्ठ' के लक्षण आज जिसे कोढ़ कहते हैं उससे मिलते-जुलते जान पड़ते हैं। इस पुस्तक में सब जगह इसके लिए कोढ़ शब्द बर्ता गया है।

लोगों में इस मामले में जो अज्ञान और वहमी कल्पनाएँ हैं उन्हें दूर करने से। वास्तव में तो अज्ञान ही रोग है और ज्ञान ही तारनहार है।

शाम्नीय आधार को कायम रखकर लौकिक पद्धति से कोठ का सागोपाग सरल विवेचन इस पुस्तक में किया गया है। यथाशक्य भाषा सरल, प्रकरण छोटे और पारिभाषिक सज्ञाओं का कम इस्तेमाल करते हुए इस अपरिचित और कुछ क्लिष्ट विषय को सुलभ करने की कोशिश की गई है। पुस्तक को आकर्षक के बजाय उद्बोधक और शास्त्रीय की अपेक्षा सुगम बनाने की ओर नजर रखी गई है। इसमें मनोरञ्जकता चाहे न हो पर रोगियों के बारे में सहृदयता है, साहित्य न हो पर सह-हित है। सुशिक्षितों के बजाय सिर्फ भाषा जाननेवाले जिज्ञासु पाठकों का खयाल रखकर यह लिखी गई है। इतना मानकर चलना तो अनिवार्य था कि शरीर-विज्ञान का साधारण ज्ञान पाठकों को है। पाठकों को शारीरिक विज्ञान का प्राथमिक ज्ञान न हो तो अवश्य प्राप्त कर लेना चाहिए। बिना इसके ७वाँ और १७वाँ प्रकरण समझना मुश्किल होगा। त्वचा और मज्जातन्तु की रचना और कार्य के सम्बन्ध की जानकारी इसीलिए खासतौर से इस पुस्तक में शामिल की गई है।

यह पुस्तक खामकर म्यूर के लेप्रसी, डायग्नासिस, ट्रीटमेंट ऐंड प्रिवेंशन की ६ठी आवृत्ति और लो की 'लेक्चर नोट्स ऑन लेप्रसी', इन दो अधिकारी ग्रंथों के आधार पर लिखी गई है। कुछ हिस्सा तो उनका भावानुवाद ही हैं। इसके सिवा राजर्न और म्योर के 'लेप्रसी', 'लेप्रसी इन इंडिया' त्रैमासिक के पुराने अकों का और डा० टी एन मुकर्जी के 'गार्ट नोट्स' इत्यादि का आवश्यक उपयोग किया गया है। रणक, काल-कुष्ठ, कुष्ठिका, वेधक व्रण इत्यादि कुछ शब्द नये भी गढ़ने पड़े हैं।

इस कार्य में अनेकों ने अनेक तरह की सहायता की है। वर्षा डिस्ट्रिक्ट

प्रसी कौंसिल और इंडियन कौंसिल ने भी यथाशक्य सहकार किया है ।
न सवका मडल और मैं ऋणी और कृतज्ञ हूँ ।

अन्त में अपने मन की हालत कहूँ तो 'माल मालिक का गुवाल के
थ में लकड़ी' वाली कहावत है । पुस्तक में कहीं कुछ सुझानेलायक
तन पड़े तो पाठक जरूर सुझावे । उसपर विचार किया जायगा ।

समाज का इस सवाल की ओर ध्यान हो और इस रोग की जड़
र हो, यह प्रार्थना है ।

सर्वेऽत्र सुखिनः सन्तु । सर्वे सन्तु निरामयाः ।

वर्धा

० अगस्त १९४०

मनोहर बल्लवन्त दिवाण

लोगो में इस मामले में जो अज्ञान और वहमी कल्पनाएँ हैं उन्हें दूर करने से। वास्तव में तो अज्ञान ही रोग है और ज्ञान ही तारनहार है।

शास्त्रीय आधार को कायम रखकर लौकिक पद्धति से कोढ़ का सागोपाग सरल विवेचन इस पुस्तक में किया गया है। यथाशक्य भाषा सरल, प्रकरण छोटे और पारिभाषिक सज्ञाओं का कम इस्तेमाल करते हुए इस अपरिचित और कुछ क्लिष्ट विषय को सुलभ करने की कोशिश की गई है। पुस्तक को आकर्षक के बजाय उद्बोधक और शास्त्रीय की अपेक्षा सुगम बनाने की ओर नजर रखी गई है। इसमें मनोरञ्जकता चाहे न हो पर रोगियों के बारे में सहृदयता है, साहित्य न हो पर सह-हित है। सुशिक्षितों के बजाय सिर्फ भाषा जाननेवाले जिज्ञासु पाठकों का खयाल रखकर यह लिखी गई है। इतना मानकर चलना तो अनिवार्य था कि शरीर-विज्ञान का साधारण ज्ञान पाठकों को है। पाठकों को शारीरिक विज्ञान का प्राथमिक ज्ञान न हो तो अवश्य प्राप्त कर लेना चाहिए। बिना इसके ७वाँ और १७वाँ प्रकरण समझना मुश्किल होगा। त्वचा और मज्जातन्तु की रचना और कार्य के सम्बन्ध की जानकारी इसीलिए खामतौर से इस पुस्तक में शामिल की गई है।

यह पुस्तक खासकर म्यूर के 'लेप्रसी', डायग्नासिस, ट्रीटमेंट ऐंड प्रिवेंशन' की ६ठी आवृत्ति और लो की 'लेक्चर नोट्स ऑन लेप्रसी', इन दो अधिकारी ग्रंथों के आधार पर लिखी गई है। कुछ हिस्सा तो उनका भावानुवाद ही है। इसके सिवा राजर्स और म्योर के 'लेप्रसी', 'लेप्रसी इन इंडिया' त्रैमासिक के पुराने अकों का और डा० डी. एन. मुकर्जी के 'शार्ट नोट्स' इत्यादि का आवश्यक उपयोग किया गया है। रुग्णक, काल-कुष्ठ, कुष्ठिका, वेधक व्रण इत्यादि कुछ शब्द नये भी गढ़ने पड़े हैं।

इस कार्य में अनेकों ने अनेक तरह की सहायता की है। वर्धा डिस्ट्रिक्ट

प्रसी कोसिल और एडियन कीसिल ने भी यथाशक्त्य सहकार किया है ।
न सबका मंडल और मैं गृणी और कुतश हूँ ।

अन्त में अपने मन की हालत कहूँ तो 'भात भाटिक का गुवाल के
थ में लक्की' वाली कहावत है । पुस्तक में कही कुछ सुनानेलायक
तान पडे तो पाठक जरूर सुनाये । उसपर विचार किया जायगा ।

समाज का इस सवाल की ओर ध्यान हो और इस रोग की जड़
र हो, यह प्रार्थना है ।

सर्वेष्ट सुखिनः सन्तु । सर्वे सन्तु निरामयाः ।

धर्मा

१० अगस्त १९४०

मनोहर बलवन्त दिवाण

भूतदया का मंत्र और विनियोग

कोढ़ सम्बन्धी जानकारी के लिए मराठी भाषा में प्रायः यह पहली ही पुस्तक है। प्रत्यक्ष सेवा करते हुए लोक-शिक्षण के निमित्त आवश्यकता देखकर यह लिखी गई है। मुझे आशा है कि इसका ठीक उपयोग होगा। कोढ़ खास कर गावों का रोग होने के कारण हमारे ग्रामसेवकों के लिए यह पुस्तक काम की होगी।

मराठी भाषा में आज इस विषय पर यह अकेली पुस्तक सामने आ रही है। इसकी वजह है कि कोढ़ियों की सेवा की ओर आज भी हमारा ध्यान नहीं गया है। जो कुछ थोड़ा-बहुत सेवा-कार्य चल रहा है वह ईसाई लोग कर रहे हैं। मानो हमने यह काम ईसाइयों के जिम्मे सौंप रखा है। ईसाइयों के लिए यह भूषण है, पर हमारे लिए वही दूषण है। ऐसा होने का कारण क्या है? मुझे जान पड़ता है — हमने 'भूतदया' इस महान् शब्द का उच्चारण किया। ईसाईधर्म ने 'मानवदया' (ह्यूमेनिटी) इस मर्यादित शब्द का उच्चारण किया। 'भूतदया' शब्द का उच्चारण करने की वजह से एक ओर मासाहार-निवृत्ति जैसे बड़े प्रयोग हम थोड़े-बहुत कर सके, पर दूसरी ओर मानवदया से, जो भूत-दया के पेट में अपनेआप और प्रथम ही आनेवाली चीज है, हम बेखबर रहे।

इस विसर्गति से मुक्त होने के लिए भूतदया शब्द छोड़ने की जरूरत नहीं है। शब्द महान् है और वही योग्य है। इससे वृत्ति को व्यापक रखने में मदद मिलती है। पर वृत्ति व्यापक रखकर वृत्ति भी विशिष्ट होना चाहिए। आत्मा महान् होने के कारण उसकी मर्यादा बांधना ठीक नहीं। पर देह मर्यादित होने के कारण मर्यादा छोड़ना भी

भूतदया का मंत्र और विनियोग

कोढ़ सम्बन्धी जानकारी के लिए मराठी भाषा में प्रायः यह पहली ही पुस्तक है। प्रत्यक्ष सेवा करते हुए लोक-शिक्षण के निमित्त आवश्यकता देखकर यह लिखी गई है। मुझे आशा है कि इसका ठीक उपयोग होगा। कोढ़ खास कर गावों का रोग होने के कारण हमारे ग्रामसेवकों के लिए यह पुस्तक काम की होगी।

मराठी भाषा में आज इस विषय पर यह अकेली पुस्तक सामने आ रही है। इसकी वजह है कि कोढ़ियों की सेवा की ओर आज भी हमारा ध्यान नहीं गया है। जो कुछ थोड़ा-बहुत सेवा-कार्य चल रहा है वह ईसाई लोग कर रहे हैं। मानो हमने यह काम ईसाइयों के जिम्मे सौंप रखा है। ईसाइयों के लिए यह भूषण है, पर हमारे लिए वही दूषण है। ऐसा होने का कारण क्या है? मुझे जान पड़ता है — हमने 'भूतदया' इस महान् शब्द का उच्चारण किया। ईसाईधर्म ने 'मानवदया' (ह्यूमेनिटी) इस मर्यादित शब्द का उच्चारण किया। 'भूतदया' शब्द का उच्चारण करने की वजह से एक ओर मासाहार-निवृत्ति जैसे बड़े प्रयोग हम थोड़े-बहुत कर सके, पर दूसरी ओर मानवदया से, जो भूत-दया के पेट में अपनेआप और प्रथम ही आनेवाली चीज है, हम बेखबर रहे।

इस विसंगति में मुक्त होने के लिए भूतदया शब्द छोड़ने की जरूरत नहीं है। शब्द महान् है और वही योग्य है। इससे वृत्ति को व्यापक रखने में मदद मिलती है। पर वृत्ति व्यापक रखकर वृत्ति भी विशिष्ट होना चाहिए। आत्मा महान् होने के कारण उसकी मर्यादा बांधना ठीक नहीं। पर देह मर्यादित होने के कारण मर्यादा छोड़ना भी

इस नाम से अनेक प्रकार के त्वचा—चर्म-रोगों का उल्लेख होता होगा। ईस्वी सन् १५० के मध्य में यहूदी पुस्तकों के अनुवाद हुए। उसमें त्वचा के रोग अर्थात् 'झराय' का अनुवाद 'लेप्रा' हुआ मिलता है। मूल में ऐसा हुआ जान पड़ता है। यूनान में हिपोक्रेटिस के जमाने में कोढ़ नहीं रहा होगा। ईस्वी सन् से पूर्व ३४५ में अरस्तू के जमाने में कोढ़ की साफ-साफ चर्चा मिलती है। उस वक्त कैंम्बिसिस, डरायस और जेरकसीज नामक ग्रीक योद्धाओं की मित्त और एशियामाइनर में जो चढ़ाईयाँ हुई उनकी वजह से ग्रीस में उसका आगमन हुआ होगा। प्राचीन अरबी पोथी-पत्रों में कोढ़ का 'ज्यूदसम' (जुदाम) के नाम से उल्लेख हुआ है। उसका भी ऐसी ही भूलभरी कल्पना से अनुवाद हुआ है। पर एक बार जो 'लेप्रा' शब्द चला, आज भी वह यूरोपीय भाषाओं में चलता जा रहा है।

यादा बढ़ा हुआ जान पड़ता है। यह माना जाता है कि इस फैलाव में मंगुद्ध का ज्यादा हाथ था। तेरहवीं सदी से वह घटना शुरू हुआ। कुछ फुटकर स्थानों को छोड़कर सत्रहवीं सदी में यूरोप में वह नहीं फैलाकर रह गया। हिसाब से एक हजार वर्ष तक यूरोप में उसका फैलाव रहा। यूरोप में उसके नष्टप्राय होने के कारणों का निश्चय करना कठिन है। तथापि मुख्य दो कारण सामने हैं—(१) कोढ़ियों को दूसरों से अलग कर देना, (२) रहन-सहन और गाव की सफाई के सार्वजनिक सुधार। जहाँ इन दोनों उपायों का अमल होने में देर हुई वहाँ उसके ज्यादा-से-ज्यादा सालों तक टिके रहने के प्रमाण मिलते हैं।

यूरोप में कोढ़ के घटने का जो समय था वही पश्चिमी गोलार्द्ध—उत्तर अमेरिका और वेस्ट इण्डीज में उसके फैलने का। यूरोप से आकर बसनेवाले और अफ्रिका के गुलाम इसके स्रोत कारण थे। दक्षिण अमेरिका में स्पेनिश और पोर्तुगीज चढाइयों के कारण उसकी पैठ हुई। आगे चलकर नीग्रो गुलाम और चीनियों की वजह से वह ज्यादा फैला।

पिछली सदी के आधे भाग में चीनी औपनिवेशिकों की मार्फत पॅसिफिक टापुओं में उसका प्रवेश हुआ जान पड़ता है। हवाई टापू न्यूकैलेडोनिया, लायल्टी, मार्क्वसास इत्यादि टापुओं में तो हाल में उसके पैर पड़े हैं। इन टापुओं में पहले उसका कोई नाम तक नहीं जानता था। न्यूकैलेडोनिया में १८६५ के करीब पहला कुष्ठरोगी आया। उसके बाद फिर तो दस वर्षों में ही कहीं-कहीं एक-चौथाई से ज्यादा लोगों को उसने अपना शिकार बना लिया। नारु में तो कोढ़ का फैलाव वर्तमान पीढ़ी के देखते-देखते हुआ है। वहाँ वह घुसकर धीरे-धीरे बढ़ रहा था, परन्तु १९१८ के इन्फ्लुएन्जा के आक्रमण के

इस नाम से अनेक प्रकार के त्वचा—चर्म-रोगों का उल्लेख होता होगा। ईस्वी सन् १५० के मध्य में यहूदी पुस्तकों के अनुवाद हुए। त्वचा के रोग अर्थात् 'झराय' का अनुवाद 'लेप्रा' हुआ मिलता है। भू-से ऐसा हुआ जान पड़ता है। यूनान में हिपोक्रेटिस के जमाने में कोढ़ नहीं रहा होगा। ईस्वी सन् से पूर्व ३४५ में अरस्तू के जमाने में कोढ़ साफ-साफ चर्चा मिलती है। उस वक्त कैम्बिसिस, डरायस (जेरफसी) नामक ग्रीक योद्धाओं की मिस्र और एशियामाइनर में जो चढ़ाईयां हुई उनकी वजह से ग्रीस में उसका आगमन हुआ होगा। प्राचीन अरबी पोथी-पत्रों में कोढ़ का 'ज्यूदसम' (जुदाम) के नाम से उल्लेख हुआ है। उसका भी ऐसी ही भूलभरी कल्पना से अनुवाद हुआ है। पर एक बार जो 'लेप्रा' शब्द चला, आज भी वह यूरोपीय भाषाओं में चलता जा रहा है।

रोमनों में (इटली में) ईस्वी सन् पूर्व ६२ में पूर्व की ओर पाप्पी के सैनिकों की मार्फत उसने प्रवेश किया। आगे के रोमन इतिहास में उसकी चर्चा लगातार मिलती है। रोमन साम्राज्य के साथ ही उसने यूरोप के दूसरे राष्ट्रों में भी अपने पांव फैलाये। ईस्वी सन् १८० में उसके जर्मनी में घुसने का उल्लेख है। ईस्वी सन् ६०० तक इटली और जर्मनी में सैकड़ों कोढ़-आश्रम (लेपर असाइलम) खुलने की चर्चा मिलती है। स्पेन में छठवीं सदी में उसका प्रवेश हुआ। जान पड़ता है रोमन साम्राज्य के पतन के बाद सर्मिन लोग उसे फ्रांस में ले गये। इंग्लैंड में पहला कोढ़-चिकित्सालय सन् ६३८ में नॉटिंघम में स्थापित हुआ। फिर स्कॉटलैंड, नार्वे, आइसलैंड, डेन्मार्क, स्वीडन, रूस इत्यादि देशों में उसका फैलाव हुआ। ईस्वी सन् १००० से १४०० के बीच में कोढ़ हर जगह था। सन् १२०० के करीब वह ज्यादा-से-

दूसरा प्रकरण

कोढ़ का फैलाव

कोढ़ आज उष्ण कटिबन्ध* का रोग माना जाता है। और इस समय वह खासकर वही पाया जाता है। पर जैसा कि हम पहले प्रकरण में कह चुके हैं, उसके सिवा भी वह बहुत देशों में था और है। इस समय मध्य-अफ्रिका, हिन्दुस्तान, चीन और दक्षिण अमेरिका में उसका खासतौर से अह्ता है। अधिक-से-अधिक रोग-ग्रस्त हिस्से उष्ण कटिबन्ध में पड़ते हैं। पर शीत-कटिबन्ध में भी वह पाया जाता है। ग्रीनलैण्ड, आइसलैण्ड, नार्वे, बाल्टिक समुद्र के किनारे के देश, कनाडा—ये सभी शीत कटिबन्ध में हैं। उनमें आज भी कोढ़ मौजूद मिलता है। सम-शीतोष्ण प्रदेशों में वह कभी पूरी तौर से था। भिन्न-भिन्न कारणों से वहाँ आज कम हो गया है। तापमान, नमी और घनी जनसंख्या उसके फैलाव के लिए अनुकूल है। ये सब बातें उष्णकटिबन्ध के कुछ हिस्सों में पाई जाती हैं। उसके फैलाव में सामाजिक रीति-रवाजों का भी बहुत-कुछ हाथ है। विशेषतः विषयातिरेक और व्यभिचार कोढ़ के फैलने में मददगार होते हैं। अफ्रिका और पैसिफिक टापुओं के आदिनिवासियों और वैसे ही हिन्दुस्तान के पिछड़े हुए वर्ग में इस प्रकार से इस रोग के शिकार हुए लोग बहुतायत से पाये जाते हैं। चीन में, खासकर दक्षिण की ओर घनी वस्ती वाले उष्ण प्रदेश में, कोढ़ पाया जाता है। वहाँ गन्दी परिस्थिति में, तंग जगह में, निरुपेक्ष रहन-सहन में जिन्दगी बितानेवालों की संख्या अधिक है। अफ्रिका में नाइगेरिया और वेल्जियन कांगो और दक्षिण अमेरिका में ब्रेजिल में भी इन्हीं कारणों से उसका कोप रहा है।

* पृथ्वी का वह भाग जो कर्क और मकर रेखाओं के बीच में पड़ता है।

बाद तो एकदम सपाटे से बढ़ने लगा । कुछ ही सालों में बीस फीस आदमियों को उसने बदशकल बना दिया । हा रोग का स्वरूप था । इसका प्रकोप तो शीघ्र ही रुक गया । अब वह कमी पर है ।

आज अल्पाधिक प्रमाण में कोढ़ ससार के बहुतेरे देशों में जाता है ।

इस इतिहास से मालूम होता है कि कोढ़ कुछ देशों में हजारों वर्ष से अड़ा जमाये बैठा है । बीच-बीच में वह दूसरे हिस्से में जाता है वहाँ वह लम्बे काल की सकामकता का रूप पकड़ता है और फिर पड़ता है । इतिहास और आधुनिक खोज से यह सिद्ध होता है कि यह रोग संस्कृति की विशिष्ट अवस्था और सामान्य रहन-सहन के सुधार की कमी-बेशी पर निर्भर रहनेवाला है । खासकर इसके फैलाव का खास कारण झुण्ड-के-झुण्ड मनुष्यों का स्थानान्तर करना है । रोगरहित देशों में जानेवाली सेना, गुलाम और मजदूरों की वजह से यह पसरता है । इसके पुष्ट होने अथवा नेस्तनाबूद होने के रुख का भी इतिहास में पता चलता है । समूचे समाज का रोग की रोकथाम के लिए सीधे पर आवश्यक उपाय काम में लाना, समूचे समाज का रोग के स्वरूप के बारे में सचेत होना और समूचे समाज की रहन-सहन की पद्धति के बारे में सुधार होना इसकी जड़ खोने की प्रधान गति है ।

कोढ़ का फैलाव

७

दो-चार केंद्रों में ही—रहने की थी। पर जबसे साधन बड़े और फैले, कल-कारखानों की बाढ़ हुई, स्पर्शिक व्यवहार बढ़ा, बड़ी तादाद में लोगों का इधर-उधर हुआ, तबसे अलिप्त हिस्से में भी रोगप्रस्त हिस्से लाने की सुविधा होगई।

तीसरा प्रकरण रोग का दायरा

मान में कोढ़ के दायरे को चार शीर्षकों में बाँटा जाना (१) स्थान, (२) रोग का प्रकार, (३) उम्र, (४) लिंग।

स्थान

हिन्दुस्तान में कोढ़ कहाँ कितना फैला है, यह जानने के लिए मर्दुम-शुमारियों के अंकों के सिवा दूसरों साधन हमारे पास नहीं हैं। पिछले दस-कोढ़-सबुबी जाच का काम हिन्दुस्तान के काफी हिस्सों में हुआ है। की मर्दुमशुमारी में कोढ़ियों की तादाद १,०२,००० थी।

हिंदुस्तान में फैलाव

हिंदुस्तान के एक बड़े हिस्से में कोढ़ ने अपने हाथ-पाव फैला लिए हैं। आदिनिवासियों में वह पुराने जमाने से चलता आ रहा है। ७००
रोक-थाम के खयाल से जातीय रीति-रिवाजों-सबघी रूढ़ियाँ भी ५०
जाती हैं। कुछ जातियों में, जहाँ उसका नाम-निशान भी नहीं था, ६५
जंगलों की वस्तियों से मजूरी के लिए बड़े-बड़े शहरों में या उद्योग-क्षेत्रों
में जाने पर उसका प्रवेश होगया। वहाँ उन्हें उसकी छूत ८५
जाती है और जब वे अपने स्थान पर वापस लौटते हैं तो उनसे
के दूसरे अधिवासियों में वह फैलने लगता है।

बर्मा में इसका काफी जोर है। आसाम की दोनों घाटियों में ५५
पाया जाता है। बाहर के रोग-ग्रस्त भाग में जहाँ मजदूर बड़ी तादाद में
भर गये हैं वहाँ इसका विशेष रूप से प्रकोप है। बिहार-बंगाल के मध्य
में छोटा नागपुर और गंगा किनारे के सपाट प्रदेश के बड़े हिस्से में ए
दक्षिणोत्तर पटिया की पटिया ही है, जिसमें गया, सथाल परगना, बीर
भूम, पश्चिमी बर्दवान, मानभूम (पुर्लिया), बाँकुडा और भिदनापुर
जिलों का समावेश है। यही पटिया नीचे की ओर उड़ीसा और मद्रास
इलाके में बालासोर, पुरी, गजाम और गोदावरी तक फैली हुई है
मद्रास का ओर दूसरा हिस्सा जहाँ इसका ज्यादा जोर है अरकाट और
मेलम जिले हैं। त्रावणकोर, कोचीन और मलाबार में भी इसका
बहुनाशन है। मध्यप्रात के छत्तीसगढ़ और बरार-विभाग में भी ऊपर
के जितना ही है। नेपाल से सटे हुए बिहार के हिस्से और संयुक्तप्रात
में भी, कम होने पर भी, है सर्वत्र। हिमालय में और काश्मीर में यह
मुश्किल से मिलता है। इसका कारण आत्यंतिक हवामान और जंगली
रहन-सहन होमकना है। पूर्वी हिंदुस्तान में कोढ़ की प्रवृत्ति ८५०

होकर मर्यादित—दो-चार केदो में ही—रहने की थी। पर जबसे मदरपत के साधन बढे और फैले, कल-कारखानों की बाढ़ हुई, तियों का पारस्परिक व्यवहार बढा, बड़ी तादाद में लोगों का इधर उधर जाना आसान हुआ, तबसे अलिप्त हिस्से में भी रोगग्रस्त हिस्से की तरह इसके फैलने की सुविधा होगई।

तीसरा प्रकरण रोग का दायरा

हिंदुस्तान में कोढ़ के दायरे को चार शीर्षकों में बांटा जाना चाहिए—(१) स्थान, (२) रोग का प्रकार, (३) उम्र, (४) स्त्री-पुरुष-भेद।

स्थान

हिंदुस्तान में कोढ़ कहाँ कितना फैला है, यह जानने के लिए मर्दुम-शुमारी के अंको के सिवा दूसरा साधन हमारे पास नहीं है। पिछले दस सालों में कोढ़-संवर्धन जांच का काम हिंदुस्तान के काफी हिस्सों में हुआ है। १९२१ की मर्दुमशुमारी में कोढ़ियों की तादाद १,०२,००० थी। १९३१ में वह १,४७,९११ मिलती है। इससे यह नतीजा नहीं निकालना चाहिए कि रोग बाढ़ पर है। इतना ही कहा जासकता है कि पहली जांच में कुछ ढिलाई रही होगी और पिछली जांच चौकस हुई होगी। विशेषज्ञों की ओर से खास कोढ़ के संवर्धन में जो जांच हुई, उसमें रोगियों की तादाद असली मर्दुमशुमारी की तादाद से कहीं तिगुनी तो कहीं बीस गुनी से ज्यादा पाई गई। मर्दुमशुमारी की सख्या से

हिंदुस्तान में फैलाव

हिंदुस्तान के एक बड़े हिस्से में कोढ़ ने अपने हाथ-पाव फैला है। आदिनिवासियों में वह पुराने जमाने से चलता आ रहा है। ७५
रोंक-याम के खयाल से जातीय रीति-रिवाजों-सबधी रुठियां भी
जाती हैं। कुछ जातियों में, जहां उसका नाम-निशान भी नहीं था, ६५
जंगलों की वस्तियों में मजूरी के लिए बड़े-बड़े शहरों में या उद्योग-क्षेत्रों
में जाने पर उसका प्रवेश हो गया। वहाँ उन्हें उसकी छूत लग
जाती है और जब वे अपने स्थान पर वापस लौटते हैं तो उनसे जंगल
के दूसरे अधिवासियों में वह फैलने लगता है।

बर्मा में इसका काफी जोर है। आसाम की दोनों घाटियों में यह
पाया जाता है। बाहर के रोग-ग्रस्त भाग में जहाँ मजदूर बड़ी तादाद में
भर गये हैं वहाँ इसका विशेष रूप में प्रकोप है। बिहार-बंगाल के मध्य
में छोटा नागपुर और गंगा किनारे के सपाट प्रदेश के बड़े हिस्से में एक
दक्षिणोत्तर पटिया की पटिया ही है, जिसमें गया, मथाल परगना, वीर-
भूम, पश्चिमी बंदवान, मानभूम (पुलिया), बाँकुडा और मिदनापुर
जिल्लों का समावेश है। यही पटिया नोचे की ओर उड़ीसा और मद्रास
इलाक़ों में बालामोर, पुरी, गजाम और गोदावरी तक फैली हुई है।
मद्रास का और दूसरा हिस्सा जहाँ इसका ज्यादा जोर है अरकाट और
मेल्म जिल्ले हैं। त्रावणकोर, कोचीन और मलाबार में भी इसकी
वर्तमान है। मध्यप्रात के छत्तीसगढ़ और बरार-विभाग में भी ऊपर
के जितना ही है। नेपाल से गटे हुए बिहार के हिस्से और समुद्रतट
में भी, कम होने पर भी, है सर्वत्र। हिमालय में और काश्मीर में यह
मुश्किल में मिलता है। इसका कारण आत्यंतिक हवामान और जंगली
रहन-सहन होमकना है। पूर्वी हिंदुस्तान में कोढ़ की प्रवृत्ति मावंत्रिक

। होकर मर्यादित—दो-चार केंद्रों में ही—रहने की थी। पर जबसे तामदरपत के साधन बड़े और फैले, कल-कारखानों की बाढ़ हुई, नातियों का पारस्परिक व्यवहार बढ़ा, बड़ी तादाद में लोगो का इधर से उधर जाना आसान हुआ, तबसे अलिप्त हिस्से में भी रोगग्रस्त हिस्से की तरह इसके फैलने की सुविधा होगई।

तीसरा प्रकरण रोग का दायरा

हिंदुस्तान में कोढ़ के दायरे को चार शीर्षको में बाँटा जाना चाहिए—(१) स्थान, (२) रोग का प्रकार, (३) उम्र, (४) स्त्री-पुरुष-भेद।

स्थान

हिंदुस्तान में कोढ़ कहाँ कितना फैला है, यह जानने के लिए मर्दुम-शुमारी के अंको के सिवा दूसरा साधन हमारे पास नहीं है। पिछले दस सालों में कोढ़-संबंधी जाँच का काम हिंदुस्तान के काफी हिस्सों में हुआ है। १९२१ की मर्दुमशुमारी में कोढ़ियों की तादाद १,०२,००० थी। १९३१ में वह १,४७,९११ मिलती है। इससे यह नतीजा नहीं निकालना चाहिए कि रोग बाढ़ पर है। इतना ही कहा जासकता है कि पहली जाँच में कुछ ढिलाई रही होगी और पिछली जाँच चौकस हुई होगी। विशेषज्ञों की ओर से खास कोढ़ के सबंध में जो जाँच हुई, उसमें रोगियों की तादाद असली मर्दुमशुमारी की तादाद से कहीं तिगुनी तो कहीं बीस गुनी से ज्यादा पाई गई। मर्दुमशुमारी की सख्या से

हिंदुस्तान में वास्तविक कोढ़ियों की तादाद दस गुनी होगी यह । में कोई अतिशयोक्ति नहीं है । हिंदुस्तान में कम-से-कम १५ कोढ़ी होंगे । कुछ पीडित प्रदेशों में रोगमान का परिमाण २ प्रतिशत कुछ थोड़े हिस्सों में ५ से ७ प्रतिशत और कुछ गाँवों में २० प्रतिशत तक पहुँचा हुआ है । प्रत्यक्ष जाँच से यह सख्या मालूम की गई है ।

रोग के प्रकार

कोढ़ के प्रकारों का विस्तृत वर्णन १० वें प्रकरण में करेंगे । ५ प्रकार उसके दो हैं : (१) सौम्य कुष्ठ (न्यूरल) अथवा असास्य प्रकार, (२) कालकुष्ठ (लेप्रोमटस) अथवा सासर्गिक प्रकार ।

अनुभव किया गया है कि हिंदुस्तान में आरम्भिक सौम्य प्रकार के ससर्ग (छूत) न फैलानेवाले रोगी सैकड़ों ७०-७५ पाये जाते कालकुष्ठ के—ससर्ग फैलानेवाले २०-२५ प्रतिशत मिलते हैं ।

उम्र

किस उम्र के कितने रोगी पाये जाते हैं, इस विचार का विशेष महत्त्व नहीं है । अधिक उपयोगी यह देखना होगा कि कोढ़ के आम तौर पर किस उम्र में किस परिमाण में होने की सम्भावना रहती है । इसके लक्षण की उम्र की जाँच के लिए एक सख्या में ४०० रोगियों के एक एक किये गये । उनमें हरेक की जवानी मालूम हुआ है कि पहले लक्षण ३ साल की उम्र होने के पहले दिखाई देने लगे । कोढ़ के आरम्भिक लक्षण शीघ्र ध्यान में नहीं चढ़ते । बहुत काल तक सुप्तावस्था (इन्वेन्ट स्टेट) में रहते हैं । ससर्ग लगने के बाद प्रथम लक्षण प्रकट होने में भी इतना ही लम्बा समय लगता है । इन बातों के विचार हम हम नतीजे पर पहुँचते हैं कि अधिक उदाहरण इसके बचपन में युवावस्था में और प्रौढ़ावस्था के बिलकुल आरम्भ में होने के हैं ।

उम्र के बाद रोग होने की सम्भावना बहुत कम रहती है ।
तिशत से अधिक नहीं होती ।

री खास बात है कि बचपन में लगे रोग के ज्यादा जोर पकड़ने
की सम्भावना रहती है और प्रौढ़ावस्था में लगा भी तो साधा-
मीन्यस्वरूप का ही होता है ।

स्त्री-पुरुष भेद

रे कुष्ठग्रस्त देशों में स्त्रियों की अपेक्षा पुरुषों में कोढ़ अधिक
है । मामूली तौर से दूने का फकं है । इस भेद की सफाई में कुछ
ता कहना है कि समाज में स्त्रियों की जांच का काम दुष्कर है ।
ारे में पूरी रिपोर्ट नहीं मिलती होगी । हिंदुस्तान में तो परदे का
होने से इस अनुमान के लिए बड़ी गुजाइश है । सयुक्तिक
देने पर भी यह अनुमान सही नहीं है । उदाहरण के लिए
ा को लीजिए । वहाँ तो स्त्री-पुरुष दोनों ही बिल्कुल कम-से-कम
हननेवाले हैं । वहाँ कोढ़ की जांच हमेशा अनावश्यक वस्त्र
र की जाती है । उनमें भी स्त्रियों से पुरुष रोगियों की संख्या
ाई जाती है । और इसके सिवा वहाँ यह भी देखा जाता है कि
े स्त्रियों में यह रोग अपेक्षाकृत सौम्य रूप लेता है । दूसरी
का भी यही अनुभव है । इससे जान पड़ता है कि स्त्रियों की
पुरुषों में उसका परिमाण बड़ा हुआ है और स्वरूप भी तीव्र
है ।

री-पुरुषों में भिन्न-भिन्न उम्र की दृष्टि से रोगमान का लेखा देखा
ो उसमें भी ऐसी ही विचित्रता पाई जाती है । बचपन में दोनों
ता एक-सा रहता है । पर युवावस्था आने पर अथवा उसके बाद
वर्षों में स्त्रियों में रोग का जोर ज्यादा होने की प्रवृत्ति रहती

है। उसके बाद तो पुरुषों का नम्बर ही बढ़ा मिलता है।

इन दोनों वर्गों में रोग के प्रमाण और तीव्रता में भेद होने वजह क्या है, यह कहना मुश्किल है। सम्भव है शरीर-रचना के बाह्य परिस्थिति या रहन-सहन के भेद के कारण ऐसा होता हो। सर्वमान्य बात है कि कुछ रोगों में स्त्रियों की अपेक्षा पुरुषों को छूत लगने का डर रहता है। पर कोढ़ के सबंध में यह बात स्पष्ट है उतनी दूसरे रोग में नहीं पाई जाती।

साराश, हिंदुस्तान में रोगमान हजार में तीन है। कहीं वह से भी ऊपर पहुँचता है। इनमें से दो-तिहाई से तीन-चौथाई तक प्रकार के रोगी हैं। एक-चौथाई से एक-तिहाई ससर्ग फैलानेवाले हैं रोग साधारणतः बचपन में या युवावस्था में लगता है। स्त्रियों अपेक्षा पुरुष अधिक (लगभग दूने) कुष्ठविकृत होते हैं। सवा उनमें स्त्रियों की अपेक्षा रोग का अधिक उग्र रूप धारण की ओर झुकाव रहता है।

चौथा प्रकरण

कोढ़ कैसे होता है ?

कोढ़ का नाम बहुत प्राचीन समय से सुना जाता है। अनेक में वह फैला हुआ है। कहीं कम, कहीं ज्यादा, कहीं धीमा तीव्र, कहीं एक-मा हिमाव नहीं है। इसमें बड़े चढ़ाव-उतार हुए न मुघरों को छोड़ा, न पिछड़ों को बर्खा। कहीं सन्नामक रूप करता है तो कहीं अड़्डा जमाये बैठा मिलता है। इससे समझदार

न में स्वाभावतः यह प्रश्न उठना है कि यह रोग कैसे पैदा होता है ? इसकी उत्पत्ति के बारे में बहुत तरह के गलत-सही खयालात लोगों में पाये जाते हैं । इन लोककल्पनाओं में कुछ सत्य का अंश, एक-दूसरे का पन और कुछ अतिशयोक्ति होना स्वाभाविक है । शास्त्रज्ञों ने इन लोककल्पनाओं की छानबीन करके इसका रोगोत्पत्तिशास्त्र (इटियालोजी) बना डाला है । सन् १८७१ में हनसेन के कुष्ठजंतु खोज निकालने के बाद इन विचारों में शास्त्रीयता आ गई ।

कुछ लोक-कल्पनाएँ

प्रायः पहली कल्पना है कि अमुक चीज खाने या न खाने से यह रोग होता है । कहीं लोगों की कल्पना है कि सरसों का तेल खाने से, कहीं मूँगफली का, कहीं कोयने का, कहीं और किसी चीज का तेल खाने से कोढ़ होता है । दूध और मांस इकट्ठे खाने से भी कोढ़ होने की बात सुनी जाती है । कुछ का कहना है कि जिस नमक पर छिपकली मूत गई हो उसे खाने से कोढ़ होजाता है । यूरोप में भी जे हचिसन ने सड़ी मछलियों के भोजन को कोढ़ का कारण बतलाया था । पर बाद को उसका मत बदल गया । जन्म से अर्थात् इस रोग से पीड़ित पिता-माता की कोख से जन्म लेने से यह रोग होने की कल्पना का भी जोर है । रोगी के सहवास से इसके लग जाने की कल्पना भी उतनी ही जोरदार है । इन दोनों का आगे विस्तार से विचार किया गया है । उपदंश (गर्मी) रोग से कोढ़ का बहुत निकट-संबंध है, यह कल्पना भी पुरानी है । इन दोनों रोगों को एक ही 'मेह' नाम से पुकारते हैं । रजस्वला-काल में स्त्री-संग करने से इस रोग के होने की बात कहनेवाले लोग भी मिलते हैं ।

इनमें कुछ कल्पनाएँ निराधार हैं । वे शास्त्रीय कसौटी पर नहीं

ठहरती। कुछ में सत्य का थोड़ा अंश है, उतनासा लेना चाहिए उदाहरणार्थ, अमुक वस्तु खाने से कोढ़ होता है इसके लिए कोई ५ नहीं है। पर अशास्त्रीय आहार कोढ़ फैलाने के लिए अनुकूल १० पैदा करने का एक प्रमुख साधन जरूर है। यह मानने में कोई १५ नहीं है कि सूखी या नमकीन मछलियों के सेवन से इसके फैलने अप्रत्यक्ष सहायता होती है। खयाल रहे कि आहार का रोग-२ क्षमता (गेजिस्टेंस) से संबंध है और प्रतिकार की शक्ति का ३ के फैलने से। परंतु किसी खास खाद्य से रोग होता है यह मानने लिए शास्त्रीय आधार नहीं है। वैसे ही इस खयाल के लिए भी ४ आधार नहीं है कि सिर्फ चना, सिर्फ काजू इत्यादि खाने से रोग ५ गहता है। कुछ का मानना है कि अन्न के द्वारा रोग लगता है, ६ की छूत में नहीं लगता। यह भी सही नहीं है।

सांसारिकता-संबंधी कल्पना

पुराने जमाने से इस रोग से सब जगह के लोग डरते और करने रहे हैं। वैसे ही इस रोग के संबंध में लोगों के जो खयालात मिलते हैं उनमें जान पड़ता है कि इसके छुटने होने की कल्पना ९ में थी। इसे आनुवंशिक मानने की ओर भी लोगों का कुछ झुकाव। पर उसमें निश्चितता नहीं थी, उसमें अज्ञान और झूठे डर का दिमाई देना है। इसकी वजह में कोढ़ियों के साथ बर्ताव करने में १० का रिवाज चलना आया दिखाई देता है। यह ठीक है कि इसमें रोग ११ करने में कुछ मदद मिली, लेकिन बहुत बुरा रोगियों को व्यर्थ १२ का भी शिकार होना पड़ता है।

रोग के स्पर्शजन्य (छुटने) होने की कल्पना थी, तथापि उसकी स्पर्शजन्यता मावागण स्वरूप की थी या तीव्र स्वरूप की, इसकी कल्पना

नहीं थी । इसका भो विचार नहीं हुआ था कि सभी रोगी सासर्गिक दशा वाले होते हैं या कुछ । न इसीका विचार हुआ था कि रोग लगने का भय किसे, किस परिस्थिति में और कितना होता है ? कितनोंको रिवाजों का अतिरेक और कठोरता पसंद नहीं आती, इसलिए वे एकबारगी दूसरे सिरे पर जाकर उलटे यह प्रतिपादन करने लगते हैं कि यह रोग सासर्गिक नहीं है । यो, लोकमत का काटा इधर से उधर झूलता रहता है । पहले कह चुके हैं कि यूरोप के बहुतेरे देशों में अनेक कोढ़ी-आश्रम थे । अकेले फ्रांस में उनकी संख्या दो हजार से ऊपर थी । पहले अंग्रेजों के यहां कोढ़ियों के सबध में जो कायदे थे उनके सबध में व्यवस्थित तथ्य मिलता है । सर जेम्स सिम्सन ने निम्न-लिखित वर्णन दिया है—'कोढ़ी को कुटुम्ब से अलग कर देते, विवाहित होने पर पत्नी को तलाक दे देना पड़ता, उसकी स्त्री को पुनर्विवाह करने की इजाजत थी । उसे कोढ़ी-आश्रम में लाकर रखने के पहले पादरी कुछ विधिया पूरी कराता और अत्यविधि (मरणविधि) की भांति उसके शरीर पर मिट्टी भी डालता । कायदे की निगाह से उसे मरा मान लिया जाता । उसे एक खास तरह की पोशाक पहननी पड़ती । रास्ते से आते-जाते उसे एक खास तरह की आवाज करनी पड़ती । उसे होटलो, गिर्जों, कारखानों और दुकानों में घुसने की मनाही थी । छोटे बच्चों से कुछ भी लेने-देने पर रोक थी । वह सार्वजनिक जलाशयों का उपयोग नहीं कर सकता था । कोढ़ियों को छोड़कर दूसरों के साथ खाने-पीने पर प्रतिवध था । आम रास्तों पर न चलने देकर सड़की गलियों में से आने-जाने की आज्ञा थी । रास्ते में बात करनी हो तो जोर से नहीं की जा सकती थी । बाजार में कुछ खरीदना हो तो छड़ी के इशारे से बताना पड़ता । रहने का स्थान तो बस्ती से बहुत ही दूर होता था ।'

अफ्रिका की पिछड़ी हुई जातियों में भी ऐसे ही अथवा इससे कड़े रीत-रिवाज प्रचलित होने के सबूत मिलते हैं। वहा तो रोगी जबर्दस्ती अलग कर दिया जाता है और वही उसे खाना पहुँचा दिया जाता है। सेनेगल, आइवरीकोस्ट, कोमोरो वदर और मादागास्कर में १९११ तक यह रिवाज था। हिंदीचीन में मर जाने पर रोगी को बिछावन समेत जला देने की रीत है। गाड़ना हुआ तो ज्यादा गड्ढे में गाड़ते हैं। चीन और जापान में भी गाव से बाहर उनकी बस्तियाँ बसाने की प्रथा है। जापान में 'केन' नियम के अनुसार प्रतिष्ठित कोढ़ियों तक को बहिष्कृत भिक्षुकी की पात में जाना पड़ता है। अपने यहां मनुस्मृति में भी इसी तरह का उल्लेख मिलता है। उसकी मरण श्रिया में नहीं जाना चाहिए, ऐसा लोकमत आज भी अपने यहां कहीं-कहीं दिखाई देता है। उन्हें 'पापरोगिणः' यह नाम देने में तिरस्कार की हद होगई है। इन बातों से इस रोग के ससर्गज होने की कल्पना और भय प्राचीन समय से जारी दिखाई देते हैं।

आनुवशिकतासंबंधी कल्पना

पहले कहा जा चुका है कि सामगिकता की भाँति आनुवशिकता (हेरिडिटी) मध्ययुगीन काल में पहले से चलता आया जान पड़ता है। चीन, जापान और अफ्रिका में कोढ़ के आनुवशिक होने का खयाल आज भी मौजूद है। हिंदुस्तान में अगर किसी रोगी से कहिए कि उसे कोढ़ है तो अनेक बार यह उत्तर मिलना है कि मेरे पूर्वजों में यह किसी को नहीं था। इस जवाब में यहाँ रोग के आनुवशिक होने का खयाल समझा हुआ है।

यूरोप में भी मध्ययुगीन, अठारहवीं, उन्नीसवीं सदी में मन् १८७१ तक इस रोग के आनुवशिक होने का खयाल मूल फैला हुआ था। पिछले

इस खयाल ने ज्यादा जोर पकड़ा । आनुवशिकता और स्पर्श-
 इन दोनों उपपत्तियों में होड़-सी लगी हुई थी । कभी इसकी तो
 उसकी प्रबलता होती थी । १८४८ में डैनियलसेन और बोअक
 अधिकारी विशेषज्ञों ने जो पुस्तक लिखी उसमें इस आनुवशिकता
 पपत्ति पर जोर दिया । इस खयाल को उत्तेजन मिलने का कारण
 में 'रायल कालेज आफ फिजीशियस' की रिपोर्ट हुई । उसकी
 २ की रिपोर्ट में यह फैसला दिया हुआ मिलता है कि यह रोग
 गंक नहीं है और रोगी को बरबस अलग करने के लिए उपाय
 की आवश्यकता नहीं है । पर आगे मालूम हुआ कि यह निर्णय करने
 गती थी । इस रिपोर्ट के कारण प्रत्यक्ष रूप से यह फायदा तो
 कि उसकी वजह से दोनों मतों की अच्छी छान-बीन हुई । इन बातों
 ण की ओर जोर से ध्यान गया । उसके बाद तत्काल ही १८७१
 नसेन ने सूक्ष्मदर्शक की सहायता से कुष्ठजंतु का होना सिद्ध
 । । कुष्ठविज्ञान (लेप्रालोजी) में इस टक्कर की खोज अभी-
 नहीं हुई है ।

आनुवशिकता के विरुद्ध सबूत

कोढ़ आनुवशिक है, ससर्गज नहीं, यह जो बीच के काल में प्रति-
 त किया गया उसका आधार क्या था, इसकी छान-बीन करने
 यह गलत साबित हुआ । कुछ का निरीक्षण मर्यादित क्षेत्र में था,
 ए वे मही अनुमान नहीं कर सके थे । मालूम हुआ कि इनमें
 तो रोग के प्रत्यक्ष स्वरूप का अनुभव नहीं था । कोढ़ की आनु-
 कता की कल्पना के विरुद्ध विशेषज्ञों के इकट्ठे किये हुए सबूत तीन
 में बाटे जाते हैं —

१—सब कुष्ठवेत्ताओं का अनुभव है कि कोढ़ की बाढ़ के

साय-साय पुरुष रोगी की वश-वृद्धि की शक्ति नष्ट होने लगती है। तब यह असंभव है कि जो रोग वशवृद्धि की शक्ति को नष्ट करता है वह स्वतः आनुवशिक हो।

२—हवाई द्वीप, न्यूकैलोडोनिया और मार्कस्वास द्वीप में कोढ़ महामारी की तरह जोरो से फैला। सिर्फ बीस ही वर्षों की मीयाद में वहा रोग ऐसी विलक्षणता से बढ़ा कि आनुवशिकता की कल्पना के लिए कोई गुजाइश ही नहीं रह गई। इसके सिवा यूरोप-आगत निवासियों में भी उसका ससर्ग फैल गया, जिनके पूर्वजों की पीढ़ियों में उसका नाम-निशान तक नहीं था। ब्रिटिश गायना और दूसरे उष्णकटिबंध वाले प्रदेशों में ऐसे अनेक उदाहरण हैं।

३—यदि यह रोग आनुवशिक होता तो जहा इसने डेरा डाल दिया था वहाँसे उखड़ने या कम होने की बात सामने न आई होती। इसका एक मजेदार उदाहरण नार्वे के १७० आदमियों का है। इनमें कुछ को प्रत्यक्ष रोग का आरम्भ हाल ही में हुआ था, बाकी को ससर्ग लग चुका था और वे रोग लगने की तैयारी में थे। उन्हें नार्वे से अमेरिका के ममशीतोष्ण प्रदेश में बसने को भेज दिया गया। हनसेन ने वाद को उनकी जाच की तो उनमें से एक के भी प्रत्यक्ष रोग नहीं मिला। उनके वंशजों में से किसीको भी होने का पता नहीं लगा।

इसकी अपेक्षा निर्णायक सबूत कोढ़-आश्रमों में रोगियों के जन्मे हुए बच्चों का है। कोढ़ियों के पेट से हुए बच्चे जन्म से ही अलग करके पाले जाने पर निरोगी रहते हैं और उन्हें निरोगी समान होती है, यह आज अनुभव से प्रत्यक्ष सिद्ध हो गया है। हिंदुस्तान में तरनतारन (पंजाब) के कुष्ठ-निवास की रिपोर्ट और मादागास्कर के उदाहरण इस मंत्र में अध्ययन करने योग्य हैं।

यहा एक बात बताने की जरूरत जान पड़ती है। यद्यपि कोढ़ आनुवशिक नहीं है, तथापि उसकी रोग-ग्रहणशीलता (ससेप्टिविलिटी) तो आनुवशिक है। मतलब, कोढ़ी की सतान को कोढ़ होजाने का डर दूसरो की सतान की तुलना में अधिक होता है और यह उन्हें जन्म से ही मिलता है। इसलिए ऐसे बच्चो को रोग से बचाने की ज्यादा खबर-दारी रखनी चाहिए। क्षय रोग का भी यही अनुभव है।

स्पर्शजन्यता के विषय में प्रमाण

आधुनिक विशेषज्ञो ने जो अनेक और सबल प्रमाण सामने रखे हैं उनसे इस रोग के स्पर्शजन्य होने और ससर्ग के कारण ही फैलने के विचार की पूरी पुष्टि होती है। साउस, हिलिस, व्हाट, लेलायर के ग्रंथो और हवाई द्वीप की रिपोर्ट में इसके व्यवस्थित प्रमाण एकत्र किये गये हैं। अपने यहा तो इसके इतने प्रत्यक्ष उदाहरण हैं कि उनका उल्लेख करने की भी जरूरत नहीं है। तथापि कुछ चुने हुए उदाहरण देना उपयोगी होगा —

१—एक मालगुजार का एक नौकर कोढ़ी था। शुरुआत के बारे में इसका किसीको पता नहीं था। वह गाव के पास के बाग में मोट चलाता और बाग की रखवाली करता। उसकी रोटी वही पहुच जाती। बार-तेवहार वह घर भोजन के लिए जाता। बाग छोड़कर वह प्राय कहीं जाता नहीं। मोट चलाना अथवा मालगुजार के छोटे बच्चे को लेकर बाग में खिलाना या रखवाली करना यह उसका क्रम था। बागे चलकर उसका रोग बहुत भयकर होगया। मालगुजार के लडके को भी लग गया। पर उस कोढ़ी का जो निज का लडका था वह बिलकुल ठीक पाया गया।

२—किसी छोटे द्वीप में जब नये सिरे से रोग होता है तो स्पर्श-जन्यता के अभ्यास के लिए अच्छे साधन मिलते हैं। कनाडा के एक खड

के किनारे पर ट्रिकाडी लेपर एसाइलम है। उसके पड़ोस में ही बेन् मैक्कार्थी नाम की स्त्री का जन्म हुआ था। वह सामने के प्रिंस एडवर्ड नाम के छोटे द्वीप पर रहती थी। उसकी जिंदगी के ५२ वें साल में उसे एक रोग फूटा। १८६४ में वह गुजर गई। रोग फूटने के पहले उसको पाँच बच्चे हो चुके थे। सबसे बड़ा लड़का २० वर्ष का था। ये सब लड़के रोगग्रहणशील (ससेप्टिबल) उम्र के थे। उनमें सबसे छोटी लड़की को छोड़कर बाकी के बच्चों को एकसाथ ही रोग ने घेरा। इसके बाद उसका देहान्त हो गया। छोटी लड़की की जान डेल नामक आदमी ने शादी हुई। जान डेल को रोग ने घेरा और उसकी दो लड़कियों को भी। एक आदमी ने चीये बच्चे की सेवा-शुश्रूषा की थी, आगे चलकर उसे भी रोग लगा। उस स्त्री का जेम्स कमेरन नामक का दूसरा दामाद उसके सासुरगिक बच्चों के साथ उठता-बैठता था, उसे भी रोग ने सन् १८७० में पकड़ा। इस प्रकार इस एक स्त्री की छूत से ५ लड़के, २ नाती और ३ दूमरे सबही रोगग्रस्त हुए। तबतक उस टापू में इसके सिवा और किसीको कोढ़ रोग नहीं था। घर में छूत फैलने का यह एक नाम उदाहरण है। दामाद, मित्र और नौकर के बारे में तो आनुवंशिकता का कोई दूर का भय भी नहीं जोड़ा जा सकता।

३—हिंदमडामागर में मारियस के पास एक छोटा-सा रोड्रिग्यूज नामक टापू है। १८७५ में ८५ के बीच डियागो नामक एक मल्लाह माग्निम में वहाँ बगने गया। तबतक उस टापू में किसीको कोढ़ नहीं था। ४-५ वर्ष बाद मल्लाह को कोढ़ फूटा। रोग के जोर पकड़ने पर वह एक पहाड़ी पर जाकर रहने लगा। तबमें मालभर के अदर-ही-अदर डियागो के माग्निम के लड़के में रोग के लक्षण प्रकट हुए। यह लड़का नाव पर बगवर डियागो के साथ काम करता था। फिर तो सन् १९२०

भीतर इस टापू में २३ कोढ़ी होगये । उनमें १६ मालिक के रिश्तेदार और बाकी ७ डियागो के सबधी ।

४—रायल कालेज आफ फिजिशियस, लंदन की सन् १८६२ की पोर्ट के आधार पर उस वक़्त चलते हुए कुछ कुष्ठ-निवास बंद कर ये गये । बाद में पता चल कि उन स्थानों में कोढ़ की वृद्धि हुई । तब उन कुष्ठ-निवासों को चालू किया गया । इससे भी कोढ़ के स्पर्श-न्य होने की बात साबित होती है ।

पति-पत्नी में संसर्ग-प्रमाण कम क्यों है ?

पारस्परिक सबध के कारण रोग लगने के इतने उदाहरण मिलते हैं कि इसकी सासर्गिकता—छूत के बारे में शका की कोई गुजाइश नहीं हो जाती । फिर भी शका की एक वजह है । मानिए, कोई रोगी है । उसके ४-५ बच्चों को भी रोग लगा । पर उसकी स्त्री और उन बच्चों में माँ रोगी पति से बराबर संसर्ग रखते हुए भी रोग से बची रहती है, उसे उदाहरण कई बार मिलते हैं । ऐसे उदाहरणों की अच्छी छानबीन किये बिना ही कितने ही लोग तय कर लेते हैं कि कोढ़ आनुवंशिक है, पर्शजन्य नहीं । पति से स्त्री को और स्त्री से पति को रोग लगनेवाले उदाहरण भी मिलते हैं । पर संतान को माता-पिता से रोग लगने के जतने उदाहरण मिलते हैं उतने पति-पत्नी में नहीं मिलते, यह ठीक है । एक को कोढ़ था और बंद चला था । बाल-बच्चे नहीं होते थे । उसने पहली स्त्री के होते भी एक दूसरी जवान लड़की से शादी की । पहली स्त्री ज्यादा दिनों से साथ रहने पर भी रोगी नहीं हुई, पर यह दूसरी स्त्री दो-तीन वर्षों में ही रोग का शिकार बन गई । इसका कारण यह जान पड़ता है कि इस आदमी का रोग जब सासर्गिक दशा में पहुँचा तो उसकी पहली पत्नी की उम्र रोगग्रहणशीलता से ऊपर होगई थी,

इसलिए उसे छूत लगनी मुश्किल थी। दूसरी रोगग्रहणशील उम्र थी और पति सासर्गिक हालत में पहुँचा हुआ था। ऐसी परिस्थिति ताबडतोड़ छूत लगना आसान था।

कोढ़-रोगियो में बहुतेरे ऐसे होते हैं कि उनका रोग दूसरों को लगता। कुछ सासर्गिक अवस्थावाले होते हैं, जिनसे वह दूसरों लगता है। इसी तरह सबको रोग लगने का डर भी नहीं रहता। १५ में, जबानी में, आम तौर से २५ वर्ष की उम्र के अंदर रोग लगने अधिक अवस्था रहता है। ३० साल की उम्र के बाद लगता भी है। मकड़े ५ को। पहले लोगों को इस मर्यादा की स्पष्ट कल्पना नहीं थी। इसी लिए इस तरह की गलत धारणा होती थी।

पाँचवां प्रकरण संसर्ग-प्रवेश

रोगी शरीर से प्रत्यक्ष स्पर्श होने पर दूसरे को लगनेवाले रोग 'स्पर्शजन्य अथवा स्पर्शचारी या छुत्हा' (कान्टेजियस) रोग कहते। रोगी शरीर में निकले हुए मल, मूत्र, पसीना, थूक, लार, नैटा, उच्छ्वस, वगैरह के द्वारा दूसरे को लगनेवाले रोग को 'संसर्गचारी अथवा सासर्गिक' (ट्रान्समिशन) रोग कहते हैं। माधारणतः कोढ़ को स्पर्शजन्य माना जाता है। अखीर की बहुत भयंकर अवस्था में पहुँचने पर वह भी हो जाता है।

संसर्ग-प्रवेश-द्वारा

वर्तमान समय में कृष्णवेत्ता कोढ़ को स्पर्शजन्य मानते हैं। पर य

संसर्ग पहुँचने का निश्चित द्वार कौनसा है, यह आज भी निश्चयपूर्वक ही कहा जासकता । इस रोग के सूक्ष्म जंतु होते हैं । उनके शरीर में सते ही शरीर की पेशिया (सेल्स) उनसे झगडती है । जंतु-प्रवेश और उनके साथ होनेवाली पेशियों की प्रतिक्रिया के कारण शरीर में कोढ़ के लक्षण पैदा होते हैं । कोढ़ पैदा करनेवाले सूक्ष्म जंतु * को 'कुष्ठ यष्टि जंतु' अथवा लौकिक भाषा में 'हनसेन के यष्टि जंतु' (लेप्रा बसिलस) कहते हैं । वह अतिसौम्य विष वाला होता है । वह मानव-शरीर में घुस सकता है, और घटक के सारे पेशी जालों (टिश्यू) में पसर सकता है । पर इसकी वजह से खयाल में आनेलायक कोई भी लक्षण एकबारगी पैदा नहीं होता । संसर्ग अप्रकट अथवा ध्यान में न आनेलायक हालत में बहुत वर्षों तक रहता है । भयकर अवस्था में पहुँचे हुए कोढ़ी तक में ममक्ष में आनेलायक लक्षण कम ही मिलते हैं । समाज में तो साधारणतः वह निरोगी माना जाता है । पर वह अपने सहवास में आनेवालों में लगा-तार रोग फैलाता रहता है । इस प्रकार रोगसंसर्गी मनुष्य में भी बाहरी लक्षण सहजमहज नहीं दिखाई देते । संसर्ग लगने के बाद अनेक वर्षों तक तो संसर्ग लगनेवाले को पता तक नहीं चलता । इस दुहरे कारण की वजह से संसर्ग कब और कैसे लगा और किस संसर्ग-द्वार से, यह तय करना अशक्य-सा होता है ।

* सूक्ष्मजंतु (बैक्टीरिया) एकपेशीमय होते हैं और बहुत जल्दी बेखर जाते हैं । इनके चार उपभेद हैं—(१) गोलजंतु, (२) यष्टिजंतु, (३) सूत्रजंतु और (४) सर्पिलजंतु । ये अपने नाम के अनुसार गोल, शरीरक तिनके की तरह के, सूत की तरह के और सांप की आकृति के होते हैं । इसके फिर रोगोत्पादक और अरोगोत्पादक भेद हैं । कुष्ठजंतु यष्टिजंतु वर्ग के होते हैं । हनसेन ने १८७१ में इसकी खोज की थी ।

रोग की अप्रकट अथवा विलकुल आरम्भिक अवस्था जानने में उपायोगी साधन सामान्यतः होनेवाले प्रयोग, जतुसर्वर्धन (कल्चर) और रक्तजल (सीरम) के द्वारा प्राप्त होते हैं। पर कोढ़ में वह भी काम में नहीं आते। क्योंकि कुष्ठजंतुओं का मनुष्य-शरीर के बाहर आज भी कृत्रिम रीति में सर्वर्धन नहीं हो पाया। प्रयोग करनेयोग्य प्राणियों के शरीर में ला घुमाकर यह रोग पैदा नहीं किया जा सका। प्रकट बाहरी लक्षणों से अथवा सूक्ष्म जंतुशास्त्र (बैक्टिरियालाजी) की सहायता से जब रोग का निदान (रोग-परीक्षा) नहीं हो पाता, तब रक्तजल के द्वारा परीक्षा करके रोग निर्णय किया जाता है। पर कोढ़ के लिए ऐसी कोई रक्तजल विषय परीक्षा भी अबतक आविष्कृत नहीं हुई।

रोग अथवा जन्म के कारण शरीर के पेशीजाल (टिश्यू) में ज रचनात्मक परिवर्तन होता है उसे रुग्णक (लीजन) कहते हैं। उपदश और दूसरे रोगों में मसर्ग लगे हुए स्थान में ही पहला मुख्य रुग्णक पैदा होता है। कोढ़ में रोग-मसर्ग-स्थान में ही पहला चकत्ता पैदा होने के प्रमाण मिलते हैं। पर माधारणतः अधिक उदाहरणों में मसर्ग के सारे शरीर में फैल जाने पर उसके परिणामस्वरूप पहला चकत्ता उठता है। यह प्रायः पहले फोड़ा हुए या जगमी हुए स्थान पर ही उठता है।

उपर्युक्त कारणों से निश्चित मसर्ग-द्वारा बतलाना मुश्किल है। तथापि त्रिगुणित अवस्था (प्रगत) के रोगी के महवाम में आनेवाले वे स्टेमल चकत्ता के (म्यूकम मेम्ब्रेन) ग्रण (घाव) अथवा सरोच लगे हुए हिस्से में कुष्ठजंतु शरीर में घुसने हैं, यह मानने के लिए भरपूर प्रमाण मौजूद हैं। छोटे बच्चों के नाक कुचरने, कंदू रोग अथवा कृमिदन्त से परेशान होकर शरीर खुजलाने, शरीर पर के मादे से पीत दाग, घाव वगैरे मसर्ग पड़वाने के विद्युत्प्रमाण आमान मार्ग हैं

कोढ़ी के उपयोग में आनेवाले जलाशय में स्नान-पान करने से रोग फैला होने का पक्का प्रमाण अभी नहीं मिला है। कुमिदश से रोग फैलने के बारे में भी कोई माननेवाला आधार नहीं है। पर यह जान पड़ता है कि बहुत बार कुष्ठजंतु को इधर से उधर करने में कृमि से मदद मिलती है। कोढ़ी के रक्त से पुष्ट हुई मक्खिया, खटमल और जू के अंगों पर कुष्ठजंतु मिले हैं। कोढ़ी के बिछौने पर सोने से या उसके कपड़ों का व्यवहार करने से रोग लगने के उदाहरण दिये गये हैं। कोढ़ी की चटाई पर नंगे पाव चलने से अथवा उसके खाली किये हुए घर में रहने से रोग लग जाने के उदाहरण हैं। इससे यह मानने की ओर प्रवृत्ति है कि मनुष्य-शरीर छोड़ने के कुछ समय बाद तक ये जंतु जिंदा रहते हैं। रोगी शरीर के बाहर उसके जीवित रहने की शक्ति नाममात्र की ही होती है।

प्रत्यक्ष सघटनात्मक स्पर्श के कारण संसर्ग फैलता है, यह सिद्ध करनेवाले भरपूर और सबल प्रमाण मौजूद हैं। स्पर्श जितना निकटस्थ और दीर्घकालीन और रोगी जितना अधिक सासर्गिक और ससृष्ट, जितना अशक्त अथवा नाजुक उम्र का होता है, रोग लगने की संभावना उतनी ही ज्यादा रहती है।

रोगियों के दो प्रकार—सांसर्गिक और असांसर्गिक

कोढ़ियों में सभी रोगी संसर्ग फैलानेलायक हालत को पहुँचे हुए नहीं होते। साधारणतः माना तो यह जाता है कि होंगे तो वे सासर्गिक ही, नहीं तो रोगी ही न होंगे। कुछ सासर्गिक होते हैं कुछ असासर्गिक, कुछ आज असासर्गिक होने पर भी आगे चलकर सासर्गिक होजाते हैं, कुछ आज सासर्गिक हैं पर आगे फिर उनके असासर्गिक होने की संभावना है। ये बातें साधारण लोगों की मुश्किल से समझ में आने-वाली होने पर भी जरूरी हैं। इसके कारण रोग का स्वरूप समझने

और रोगी से व्यवहार करने में सुविधा होती है ।

कोढियो मे से थोडे (एक-चौथाई) रोगी ही सासर्गिक होते हैं इधर हिंदुस्तान में जो जाचे हुई हैं उनसे पता चलता है कि १ रोगियो मे १ अतिसासर्गिक, १ साधारण सासर्गिक और ७-८ असासर्गिक हालत वाले होते हैं । त्वचा अथवा नाक की श्लेष्मल त्वचा व सूक्ष्मदर्शक यत्र द्वारा योग्य रीति से फिर-फिर निश्चित अवधि प अनेक बार परीक्षा करने पर कुष्ठ-जंतु न पाये जाये तो रोगी असासर्गिक समझा जाता है । इसकी यह सर्वमान्य कसौटी है । रोगी सासर्गिक हैं या असासर्गिक, यह सिर्फ देखने से अथवा बाहरी परीक्षा से हमें तय नहीं किया जा सकता । इसके लिए सूक्ष्मदर्शकयंत्र (माइक्रोस्कोप) की जरूरत पडती है ।

कोढ के मुख्य दो प्रकार हैं । उनमे कालकुष्ठ (लेप्रोमटस्) प्रकार के रोगी हमेशा रोग फैलानेवाले होते हैं । ऐसे रोगी की बाहरी त्वचा (एपिडर्मिस) की गरोची हुई झिल्ली पर कुष्ठ-जंतुओं का दल-का दल बहुत बार पाया जाता है । नेटे और थूक मे, लार में, विशेषतः रोगी के छीकने, ग्रासने अथवा जोर से गाम लेते हुए बाहर निकालनेवाले गबार वगैरा में जंतु कमकर भरे रहते हैं । कुष्ठ-प्रतिक्रिया (लेप्रा रीएक्शन) होने पर नाक में की और चमडी पर की गांठें फूटकर बहने लगने की अधिक सम्भावना रहती है । ऐसे ग्राव में जंतु गूब ही होते हैं और ममर्ग-टून-लगने का भारी भय रहता है ।

रोगप्रतिकार-क्षमता (रेजिस्टेंस)

रोग लगेगा या नहीं अथवा लगेगा तो कितना लगेगा, यह तय करने का दूसरा महत्वपूर्ण माधन है मसर्ग लगेहुए (गम्यूट) मनुष्य की रोगप्रतिकार-शक्ति । बच्चों की प्रतिकार-शक्ति विशेष करके जन्म

बाद कुछ वर्षों तक बहुत कम होती है। छोटे बच्चों में जितनी जल्दी और जिस उग्र रूप में संसर्ग लगता है, उससे यह बात लीभाति सिद्ध होती है। लेप्रालिन परीक्षा से भी यह बात प्रकट होती है। सहचारी रोग, हीन पोषण और आरोग्य के प्रतिकूल रहन-रहन के कारण प्रतिकार-शक्ति क्षीण होती है। वैसे ही जवानी (प्यूवर्टी), गर्भ-धारण और दूध पिलाने के दिनों (लक्टेशन) में भी रोग पर पड़नेवाले जोर की वजह से भी प्रतिकार-शक्ति में कमी होती है। आरोग्य का प्रतिकूल वातावरण और रहन-सहन से बहुत निकट का संबंध है। उसी तरह भिन्न जाति अथवा वर्ग के रक्त-संबंध का भी नजदीकी ताल्लुक होता है। आगे १७वें प्रकरण में इसका अधिक विचार किया गया है।

संसर्ग की शक्याशक्यता

कोढ़ के सासर्गिक होने पर भी उसका संसर्ग सौम्य प्रकार का होता है। बहुतेरे रोगी असंसर्गिक होते हैं। थोड़े स्पर्शसंचारी होते हैं। उनसे भी थोड़े संसर्गसंचारी होते हैं। संसर्ग ऊपरी और हलका-सा हुआ तो कुछ उपाय किये बिना ही उत्तम आरोग्य के कारण उसके अपनेआप जाने की संभावना रहती है। संसर्ग साधारणतः बहुत समय तक अप्रकट स्थिति में रहता है; बढ़ने लगने पर भी धीरे-धीरे यथावकाश बढ़ता है। लक्षण भी एकदम बहुत कुछ प्रकट नहीं होते। इसीलिए कोढ़ को जीर्ण (क्रानिक) और गुप्त संचारी (इसिडियस) रोग कहा जाता है। वह ज्यो-ज्यो रोगी की बलि भी नहीं लेता। (नानफेटल) एक खास उम्र और हालत में रोग लगने का डर ज्यादा रहता है। उत्तम प्रतिकार-क्षमता होने पर बाहरी प्रभावक संसर्ग होने की संभावना कम रहती है। कोढ़ी की सतान को अलवत्ता दूसरों की

अपेक्षा ससर्ग लगने का डर ज्यादा रहता है ।

प्रत्यक्ष सघटनात्मक और दीर्घकालीन ससर्ग हुए बिना साधारणतः ज्योत्न्यो रोग नहीं लगता । विशेषतः शरीर कहीं से कटा, खुर्चा, खुला हुआ घाव और गीली त्वचा होने पर ससर्ग शीघ्र लगता है । मामूली तौर से बराबर कुछ दिनों का ससर्ग हो और वह भी बहुत निकट का, तब रोग लगता है ।

पर विशेष परिस्थिति में वह हर किसीको होसकता है । मनुष्य जानि का इस रोग सरीसा दुश्मन शायद ही कोई और होगा इसलिए मदा इससे सावधान रहना चाहिए । कोढ़ का ससर्ग होने देने के लिए टीका लेने का उपाय तकली जैसा है । अतः सासर्ग रोगी से अलग रहना चाहिए और स्वास्थ्य अच्छा रखना चाहिए । तब ससर्ग टलने की अधिक सम्भावना है ।

छठवां प्रकरण

कुष्ठ-जंतु

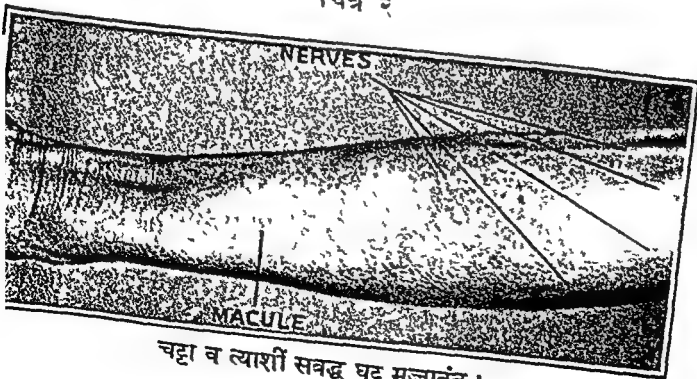
कुष्ठजंतु अथवा हनमेन के यष्टिजंतु २ से ८ माइक्रोन * लम्बाई और ०.५ से १ माइक्रोन मोटाई के होते हैं । इनके पेशीद्रव (प्रोटोप्लाज्म) में रंग धारण करनेवाले कण होते हैं । ये कण कभी अनेक और बहुत छोटे होते हैं । कभी एक ही बड़ा कण होता है । यह बीच

* मूस्मदजंक यंत्र के काम में आनेवाला एक मूस्मानिमूस्म माप । मीटर का दस लाखवां भाग अथवा इंच का २५००० वां भाग ।
✓ इसका निशान है ।



कुष्ठजतु (सूक्ष्मदर्शकातून) ।

चित्र २



चट्टा व त्याशीं सवद्ध घट्ट मज्जातंतु ।

में या सिरों पर होता है। कालकुष्ठ के रुग्णको में अनेक जंतु मिलते हैं। सौम्यकुष्ठ (न्यूरल लेप्रसी) में बहुत ही कम और बड़ी खोज के बाद मिलते हैं। कोढ़ के दोनों प्रकारों में भारी भिन्नता के कारण इस जंतु के दो उपभेद होने के बारे में कुछ ने मत प्रकट किया है। पर वह नहीं है। कारण फिर ससर्ग न होकर सौम्य कुष्ठ ही कालकुष्ठ रूप धारण करता है। परिवर्तन जो होता है वह जंतु में नहीं होता। जंतु और पेशीजाल (ट्रिश्यू) की पारस्परिक प्रतिक्रिया की समतुलनता में होता है। कालकुष्ठीय रुग्णक में कुष्ठजंतु काफी पाये जाते हैं। कुष्ठविकृत सूजी हुई पेशी में जमा होकर रहने की ओर उनका विशेष झुकाव होता है। क्षयजंतु और कुष्ठजंतु को अलगाने में यह विशिष्ट लक्षण उपयोगी होता है। ये दोनों जंतु दिखने में और रंग-धारण-गुण (स्टेनिंग रिएक्शन) में समान होते हैं। सूक्ष्मदर्शक के एक क्षेत्र में (फील्ड) क्षय-जंतुओं की अपेक्षा कुष्ठजंतुओं की संख्या अधिक होती है। वे पुंज-के-पुंज एक जगह जमा रहते हैं। क्षयजंतु के मुकाबले में कुष्ठजंतु कम टेढ़े—अधिक सरल दिखाई देते हैं। साधारणतः क्षयजंतु फुफ्फुस में पाये जाते हैं। कुष्ठजंतु त्वचा, श्लेष्मल त्वचा और मज्जातंतु (नर्व) में पाये जाते हैं। इन भेदों के कारण इन दोनों जंतुओं को अलग-अलग पहचाना जाता है। असली निर्णायक कसौटी के लिए गिनीपिंग (सफेद चूहे जैसे जीव) के शरीर में जंतु को प्रत्यक्ष इंजेक्ट करते—घुसाते हैं। क्षयजंतु उसके शरीर में बढ़ते हैं और रोग पैदा करते हैं। वैसे कुष्ठजंतु नहीं बढ़ते। झील नीलसन की रीति से रगने पर कुष्ठजंतु क्षयजंतु की अपेक्षा कुछ कम अम्लस्थिर (एसिड फास्ट) पाया जाता है।

कुष्ठजंतु-संवर्धन (कल्चर) का प्रयोग अभी संशोधन-अवस्था में है। प्रयोग करनेयोग्य प्राणियों के शरीर में कुष्ठ संचार करके

रोग का विकास करने की कोशिश में भी कामयाबी नहीं हुई है।

कुछ कार्यकर्त्ताओं ने यह मत प्रकट किया है कि कुष्ठजंतु और मूपक कुष्ठजंतु (वसिलस लेप्रा म्यूरिस) एक ही हैं। पर यह सही नहीं है। (कोढ़ मरीखा एक रोग चूहों को भी होता है। एक प्रकार की भैंस में भी ऐसा ही रोग मिलता है। उन्हें मूपककुष्ठ और महिपकुष्ठ कहना चाहिए। परंतु इन रोगों का मानव कुष्ठ से कोई ताल्लुक नहीं है।) चूहे के शरीर में मानव कुष्ठ के जंतु प्रवेश कराने से रोग पैदा नहीं होता। पर मूपक कुष्ठ जंतु घुमाने से गो में सौ चूहों को होता है। ये ये दोनों जंतु एक नहीं हैं, तथापि कुछ बातों में समता है। आकार और रंग-धारण-गुण दोनों में एकमा ही है। दोनों के ही वारे में व्यवस्थित जंतु-संवर्धन अथवा वाअसर टीका (इनाक्यूलेशन) अभी तक तैयार नहीं होपाया है।

यह विचारने की बात है कि मनुष्य के क्षयरोग की जड़ निचली श्रेणी के जीवों के उभी प्रकार के रोग से है। पर मानव-कुष्ठ-जंतु की जड़ कहाँ आई? या किसी ऐसे प्राणी से उसकी जड़ निकली थी जो आज मृत्यु होगया है? यह खोज का विषय है।

सातवां प्रकरण

कुष्ठरोग की शुरुआत

कुष्ठ जंतु का स्वप्न और शरीर में प्रवेश करने की उसकी रीति समझ लेने के बाद वह यहाँ अप्रकट स्थिति में कितने समय तक रहता है, रोग का प्रथम उद्भव कैसे होता है, जंतु शरीर में किम-किम अवयव में रूढ़ पैदा करता है, इन बातों का विचार करना आवश्यक होजाता है

अप्रकट अवस्था का समय (लेट पीरियड)

ससर्ग-प्रवेश होने के बाद से प्रत्यक्ष रोग-लक्षण प्रकट होने तक में बहुतसा समय चला जाता है। पर उसकी अवधि निश्चित नहीं होती। इस समय को रोग-बीज-पोषण-काल (इन्क्यूवेशन पीरियड) कहने की अपेक्षा अप्रकट अवस्था का काल कहना अधिक शास्त्रसम्मत होगा। छह हफ्ते के बच्चे के सारे शरीर पर रुग्णक देखने में आये हैं। चार और सात महीने के बच्चे के शरीर पर भी चकत्ते पाये जाने के सबूत हैं। दूसरी ओर कुछ रोगियों में रोग-ससर्ग के बाद बीस साल तक कोई भी लक्षण सामने नहीं आये। एक रोगी के शरीर पर सिर्फ एक छोटा-सा चकत्ता बाईस साल तक उतना-का-उतना बड़ा बना रहा। यह समय ससर्ग के प्रमाण और ससर्ग लगे हुए की प्रतिकार-क्षमता पर निर्भर रहता है। वह कभी तो कुछ महीनों का, तो कभी कुछ वर्षों का होता है। आम तौर से तो तीन वर्षों के आसपास होता है।

प्रथम उद्भव (आनसेट)

साधारणतः देखा जाता है कि कोढ़ की पहली शुरुआत बिल्कुल धीर गति से क्रम-क्रम से होती है। बिल्कुल पहले दिखाई देनेवाले लक्षण दो तरह के होते हैं। (१) त्वचा पर एक-दो छोटे-से चकत्ते दिखाई देते हैं। उनमें संवेदना (सेन्सेशन) का परिवर्तन कभी होता है, कभी नहीं। (२) पीठ के हिस्से के मज्जातंतुओं में खराबी पैदा होती है। हाथ-पांव में अथवा चकत्तो पर चुनचुनाहट होती है, झुनझुनी उठती है या जड़ता अथवा शून्यता जान पड़ती है। ये लक्षण बहुधा स्थानबद्ध स्थान विशेष पर होते हैं। ऐसे स्थानों पर पहले का कोई घाव या चोट होने की बात भी साधारणतः पाई जाती है।

तथापि कभी-कभी शीघ्र परिणामकारी आकस्मिक स्वरूप की शुरु-

आत होती है। तब सारे रुग्णक उमड़ आते हैं। इस परिस्थिति में वे सच थोड़े ही समय में फूट जाते हैं। उनमें उपर्युक्त दोनों प्रकार के लक्षण अधिक मात्रा में पाये जाते हैं। कभी गांठें भी निकल आती हैं।

रुग्णकों का शरीर में विभाग

कोढ़ मारे शरीर का रोग है। खासकर त्वचा, कुछ श्लेष्मल त्वचा और पृष्ठभाग के मज्जातनु (पेरिफीरल नर्व) में इसकी वजह से गिराबी आती है। विकृति अवस्था में करीब-करीब सभी अवयव (आर्गन) और पेशीजाल (टिश्यु) कुष्ठविकृत हुए रहते हैं।

इसमें उत्प्रेषणीय अपवाद मध्यवर्ती मज्जासंस्था (सेंट्रल नर्व सिस्टम) होती है। वह शायद ही विकृत हुई मिलती है। मज्जा-रज्जू (स्पीनल कॉर्ड) की कडी में जो गिराबी पैदा होती है वह सौम्यकुष्ठ के कारण होनेवाले पृष्ठीय मज्जातनु के दाह का (न्यूराइटिस) अप्रत्यक्ष परिणाम होता है।

कुष्ठ-ममर्ग के कारण स्नायुओं (मसल्) में प्रत्यक्ष विकृति नहीं होती है। मज्जातनु के कारण उसमें अप्रत्यक्ष पोषणविषय (ट्राफिक) गिराबी होती है।

हृदय भी प्रत्यक्ष रूप में विकृत नहीं होता। कुष्ठ-ज्वर अथवा मिथ ममर्ग के कारण फैलनेवाले जहर से उसमें विकसता पैदा होती है।

लघु रक्तवाहिनी—रक्तप्रमनिया (लिट्ट वेसल) विशेषतः कुष्ठ-विकृत भाग की मृदम शायदा बहुत विकृत हुई होती है।

विकृति दशा में पट्टे हुए रोगी में थोड़े प्रमाण में फुफ्फुस (लग्न) में ममर्ग पट्टचना है।

अन्नमार्ग (गैस्ट्रो इन्टेस्टिनल ट्रैक्ट) और मूत्रमार्ग (यूरिनरी ट्रैक्ट) ज्ञातानु ज्ञाना गया है सुरक्षित दिशाएँ देने हैं। विषयगत रक्तदोष

के कारण (टाजिमिया) उत्पन्न होनेवाली अप्रत्यक्ष विकलताभर होती है।

शवच्छेदन (पोस्टमार्टम) में यकृत (लीवर), प्लीहा—तिल्ली (स्प्लीन) हमेशा कुष्ठग्रस्त पाये जाते हैं। बड़े हुए रोग में उसके प्रकट चिन्हों में एक चिन्ह उसका आकार बड़ा हुआ भी पाया जाता है। विशेषतः कुष्ठ-प्रतिश्रिया (लेप्रारिएक्शन) में यह बखूबी देखने में आता है। पर इस परिवर्तन का प्रकट रोग-लक्षण की दृष्टि से (क्लिनिकली) बहुत उपयोग नहीं होता। मिश्र ससर्ग में पोषणविषयक खराबी भी पैदा हुई पाई जाती है।

कालकुष्ठ में वीर्यपिंड या वृषण (टेस्टीज) थोड़े-बहुत प्रमाण में विकृत होते हैं। वह विकार दोनों गोलियों के मध्यभाग में और साथ ही उनके अदरुनी हिस्से में भी होता है। अखीर-अखीर में तो यह अवयव श्वेततनु (फायब्रस) का पेशीजाल ही बन जाता है।

कालकुष्ठ के सब रोगियों में और सौम्यकुष्ठ के कुछ रोगियों में रसग्रथि (लिफ नोड्स) कुष्ठ-विकृत होती हैं। आकार में फर्क न पड़कर भी ग्रथि की मोटाई बढ़ जाती है। इस ग्रथि की छीलन (सेक्शन) लेने से भीतरी गाभा और अस्थिमज्जारज्जु (मेड्युलरी कांड) पीली-सी दिखाई देती है। क्षय रोग में वह ऐसी नहीं पाई जाती। इससे कुष्ठ रोग की आसानी से परख होजाती है। पर बहुत बार दोनों रोग एक ही साथ होने की संभावना होती है। कोढ़ की जाँच करने में इस फूली हुई रसग्रथि के छीलन की या सूई घुसाकर खींचे द्रव्य की परीक्षा करना उपयोगी होता है। कुष्ठ-ससर्ग त्वचा के रसस्य (लिफ स्पेसेस) से रसवाहिनियों द्वारा ग्रथि तक ऊपर पसरता है यह ग्रथि छनने अथवा फिल्टर का काम करती है। उससे रोग फैल बढ़ होजाता है, अथवा रुकावट तो हो ही जाती है।

आठवां प्रकरण

त्वचा के रूग्णकों का स्वरूप-लक्षण

पहले कह चुके हैं कि कोढ़ सारे शरीर में होनेवाला रोग है उससे प्रत्यक्ष—बाहरी—अथवा अप्रत्यक्ष—भीतरी—सभी अवयवों में पेशीजाल में खराबी आती है। फिर भी उसके ससर्ग से प्रकट-लक्षण-द्वारा (क्लिनिकली) अथवा सूक्ष्म शरीरशास्त्र-दृष्टि से (हिस्टोलॉजिकली) परीक्षा करने योग्य परिवर्तन सासकर त्वचा, श्लेष्मल त्वचा में पृष्ठीय मज्जातनु में उत्पन्न होता है। कोढ़ की सौम्य अथवा मज्जातनु सबधी कुष्ठ और कालकुष्ठ ये दो किस्में हैं। इनमें सास तौर मज्जातनु और त्वचा में क्रम से आगे-पीछे विकार पैदा होता है तथापि बहुतेरे रूग्णकों में दोनों में ही ससर्ग पहुँचा हुआ होता है। कों के हमेशा मिलनेवाले नमूनेदार (टिपिकल) उदाहरणों में त्वचा में मज्जातनु एकमात्र ही विकृत हुए पाये जाते हैं। अतः त्वचा और मज्जातनु एक गुट मानकर अभ्यास करने में आसानी रहेगी। पहले त्वचा के रूग्णकों के स्वरूप-लक्षणों का विचार किया जाता है।

त्वचा की रचना

त्वचा में कोढ़ का समर्ग फैलने की रीति को स्पष्ट बतलाने के लिए त्वचा की रचना के कुछ अंगों का वर्णन पहले करना उपयोगी होगा।

त्वचा शरीर पर का बाहरी आवरण—परदा है। बाहरी त्वचा (एपिथीमियम) और भीतरी त्वचा (डर्मिस) इनमें ये दो हिस्से हैं। इनमें बाह्य त्वचा बाहरी परदा होने में मोटी और कड़ी होती है, वह पेशी की अनेक तंतुओं में बनी हुई होती है। उनमें में ऊपर की तह की पेशी चपट और मीन मरीचों के पदार्थों की बनी हुई होती है। वह छिन्नक

धीरे-धीरे गल जाती है। उसकी जगह नीचे की तह की नई पेशियो से पूरी होती है। ऊपर की तह रवेदार और अधिक साफ होती है। नीचे की तह को मल्पीगियन * तह कहते हैं। बाहरी त्वचा में मज्जाततु अथवा रक्तवाहिनिया (ब्लड वेसल्स) नहीं होती। उसकी पेशियो का पोषण निचले हिस्से की रक्तवाहिनियो से झरनेवाले रस (लिफ़) से होता है। इस त्वचा से भीतरी भाग की रक्षा होती है। इसका भीतरी त्वचा की ओर का हिस्सा सर्प की आकृति में मुड़ा होता है और उसके बिल्कुल नीचे की तह में एक तरह का काले-से रंग का द्रव्य होता है। वह झरनेवाले रस के कारण वहाँसे बहा जाया जाता है। उसकी कमो-वेशी पर आदमी का गोरा या कालापन निर्भर रहता है। बाह्य त्वचा के पृष्ठभाग की चपटी पेशी पर नीचे की भीतरी त्वचा में की रोग-विकृति का खासा परिणाम होसकता है।

भीतरी त्वचा अथवा असली त्वचा बाहरी त्वचा की भीतरी ओर होती है। उसमें सफेद और लचीला पेशीजाल, केशवाहिनी (ब्लड कपिलरीज), रसवाहिनी (लिम्फाटिक्स) मज्जाततु, घर्मपिंड, स्नेहपिंड (सेबशियस ग्लैंड), रोओ की जड़ें और कुछ स्नायुतंतु इत्यादि होते हैं। बाहरी त्वचा के नीचे के सर्पमोड के हिस्से की तरह ही भीतरी त्वचा का भी ऊपरी भाग सर्पमोड आकार का ही होता है। इसमें के उठे हुए हिस्से में केशवाहिनिया और स्पर्शज्ञान करानेवाले मज्जाततुओ के सिरे होते हैं। कुछ हिस्से में इस मज्जाततु के सिरे पर फुलावट जान पड़ती है। उनके द्वारा स्पर्शज्ञान होता है, इससे उसे स्पर्शगोलक (टच काप्स्युल्कल) कहते हैं। त्वचा के निचले हिस्से में चरबी की तह

* इ टाली में मार्सेलो मल्पीगी नाम के शरीरशास्त्रवेत्ता ने इसकी खोज की थी, इसलिए उस तरह का यह नाम मिल गया है।

होती है। वह शरीर की गर्मी को बाहर नहीं जाने देती।

घर्मपिंड (स्वेट ग्लैंड) त्वचा के निचले हिस्से में होते हैं। प्रत्येक पिंड सूक्ष्म रक्तवाहिनियों से घिरा हुआ एक प्रकार का शिराओं का मल ही होता है। उससे निकलनेवाली घर्मनलिका (स्वेट डक्ट) ऊपर जाकर त्वचा के पृष्ठभाग पर खुलती है। चमड़ी के पृष्ठभाग पर हम जो अनेक छिद्र दिगलाई देते हैं वे इस घर्मनलिका के मुह हैं। भीतरी त्वचा में ऊपर को जाते यह घर्मनलिका सीधी होती है। पर बाहरी त्वचा में वे ऊपर को जाते वह सर्पमोड़ जैसी होती हैं।

रोये सींग सरीसृप कड़े पदार्थ से बने हुए हैं। बाहरी त्वचा से उनकी उत्पत्ति होती है। बाहरी त्वचा की एक खाच (फालिकल) भीतरी त्वचा तक गई हुई है। उसके नीचे जो रोमों का बूद सरीसृप मोटा हिस्सा होता है उसे रोममूल कहते हैं। उस रोममूल के नीचे के हिस्से में सूक्ष्म रक्तवाहिनियाँ और मज्जातंतु जुड़े हुए होते हैं। जब से रोमों तक एक सूक्ष्म स्नायु का मयोग भी रहता है। ठंडक या भय की वजह से उसके मिकुटने पर रोये लड़के होजाते हैं। जब से निकलकर रोमों का जाँ बाला भाग चमड़ी के बाहर निकलता है, उसे मोड़ कहते हैं।

मैरिपिंड (मेरिगियम ग्लैंड) — यह सूक्ष्म ग्रंथी रोमों के बगल में होती है। उसमें से तेल सरीसृप मोमम नामक एक पदार्थ निकलकर त्वचा पर फैलता है। उसमें रोम और त्वचा चिकने और मुलायम रहने हैं।

भीतरी त्वचा में शुद्ध और अशुद्ध रक्तवाहिनियों और मज्जातंतुओं में दाने दूग याग दो जाँ (प्लेसजम्) फैले हुए होते हैं। इसमें एक भीतरी त्वचा और उसके नीचे के पेशीजाल में होता है। इसे त्वचा के नीचे का जाँ कहते हैं। दूसरा आतर्गिक त्वचा और बाह्य त्वचा



४ व्या व ७ व्या शीर्षाय मजातनचा लकवा,
चलनवलन क्रियेन विघाट ।

के बीच के सर्पाकृति भाग के नीचे होता है। इसे त्वचा के बीच का या ऊर्ध्व (उपरला) जाल कहते हैं। भीतरी त्वचा के नीचे की शिराओं और मज्जातंतु में से निकली हुई शाखा से नीचे का जाल बना हुआ होता है। इससे सूक्ष्म उपशाखा निकलकर रोममूल घर्मपिंड और स्नेहपिंड को घेरकर त्वचा में के ऊपर के जाल तक पहुँची हुई है। इस ऊर्ध्वजाल से फिर अधिक सूक्ष्म उपशाखा निकलकर सर्पाकृति भाग तक गई हुई है।

त्वचा और मज्जातंतु में के संसर्ग का प्रसार

जब कुष्ठसंसर्ग त्वचा में पहुँचता है तब या तो रक्त में के रोग-जंतुओं को खा डालनेवाले श्वेतभक्षक गोलको (फ्यागोसिट) द्वारा नष्ट होजाता है अथवा फिर वह शिराओं और मज्जातंतु के जाल के मार्ग से पसरने लगता है। कुष्ठज्वर अथवा तात्कालिक जोरदार पेशी की प्रतिक्रिया शुरू होने की वजह से रक्तपेशी रुग्णों पर हमला करके भक्षक गोलको के द्वारा कुष्ठजंतुओं का नाश करती है। हमेशा की साधारण परिस्थिति में त्वचा और मज्जातंतु में की कुछ पेशियाँ कुष्ठ-जंतुओं का प्रतिकार करती हैं। कुष्ठजंतुओं का नाश करने में भाग बंटानेवाली इस पेशी का 'माइक्रोफेज' नाम रक्खा गया है। वह वाहिनियों से सटे हुए सामने के पेशीजाल में होती है इसलिए उसे परिवाहिनी पेशी कहते हैं।

त्वचा में प्रवेश किये हुए कुष्ठजंतुओं की वृद्धि पेशी के अंदर और एक पेशी से दूसरी के बीच के रसस्थान (लिफ स्पेसेस) में होती है। संसर्ग की वृद्धि का परिमाण और उसका शरीर में प्रसार पेशी की प्रतिक्रिया के परिमाण पर निर्भर रहता है। और यह पेशी की प्रतिक्रिया रोगी की प्रतिकारक्षमता पर अवलंबित रहती है। प्रतिकार-

शक्ति के अत्यंत क्षीण रहने पर जाल के मार्ग से ससर्ग तीव्रता से फैलता रहता है । बहुत बार ऊपर के बिल्कुल पृष्ठभाग की परत में संसर्ग मर्यादित रहता है । तथापि साधारणतः कम-ज्यादा मीयाद के बाद ससर्ग रोममूल और धर्मपिंड के सामने की वाहिनियों और मज्जा तंतुओं के द्वारा फैलकर नीचे के जाल में प्रवेश करता है । वहां उसके गूँथ बढ़ने की संभावना रहती है । वहासे फिर उसका ससर्ग दूसरी नाग्याओं के द्वारा ऊपर के जाल में फिर घुस सकता है अथवा उसी अवधि में नीचे के जाल के संवेदनावाहक मज्जातंतु के द्वारा अंदर फैल सकता है । इस प्रकार प्रत्यक्ष त्वचा से पृष्ठीय मज्जातंतु के विद्युत् होने की संभावना रहती है ।

कुष्ठजंतुओं पर त्वचा की पेशी की प्रतिक्रिया

भिन्न-भिन्न जालों और उनकी शाखा-उपशाखाओं में से संसर्ग बढ़ते-बढ़ते वाहिनियों के सामने की पेशी कुष्ठजंतुओं के साथ भिड़ने लगती है—प्रतिक्रिया करने लगती है । यह प्रतिक्रिया तीन तरह की होती है । (१) स्वन विभक्त होकर पेशी की सख्या बढ़ाना, (२) माइक्रोफेज पेशी का जंतु को निगल लेना, वा (३) अनुकूल परिस्थिति में जंतुओं का नष्ट होना । प्रतिक्रिया का तीव्र या मन्द होना विशिष्ट स्थान में प्रत्यक्ष मौजूद कुष्ठजंतुओं की संख्या और पेशी की प्रतिकार क्षमता या इन दोनों के परिमाण पर निर्भर है । इसके कारण जंतु प्रविष्ट जाल और वाहिनियों के चारों ओर माइक्रोफेज पेशी के कारण उन्मत्त होनेवाला अन्न मेरु (इन्फिड्रेशन) इकट्ठा होता है । यह अन्न मेरु कमीनेन टीला या गाटा होता है । यह वहाके जंतुओं की मृत्यु और पेशी की प्रतिक्रिया-शक्ति पर अवलंबित होता है । इस पेशी की बाढ़ और उन्मत्त होनेवाले अन्न मेरु के कारण मृगक पैदा होते हैं ।

प्रतिकारक्षम नये रुग्णको के जंतु माइक्रोफेज के द्वारा निगले जाते हैं और उनके नष्ट होने की क्रिया जोरो से चलनी है। उसकी वजह से पेशी के द्वारा बना हुआ गाढ़ा सूक्ष्म कणसघ (ग्रन्यूलोमा) बन जाता है। उसमें सारे जंतु नष्ट हुए रहते हैं अथवा दो-चार नष्ट होने की वांछी रहते हैं। यदि पेशी की प्रतिकार-शक्ति बिलकुल क्षीण हुई तो एक पेशी से दूसरी पेशी के बीच के रस-संस्थान में पेशी के भीतरी द्रव (प्रोटोप्लाज्म) में जंतु बढ़ते रहते हैं। ऐसे रुग्णको की जाच की जाय तो उसमें अनेक कुष्ठजंतु पाये जाते हैं। पर जंतुओं की सख्या के मुकाबले में पेशी के विभक्त हो-कर बढ़ने की क्रिया हलकी होती है। बाहिनी के चारो ओर शिथिल कणसघ होता है, इसीलिए दिखाई देनेयोग्य या छूकर समझनेयोग्य लक्षण बहुत कम होते हैं या बिलकुल ही नहीं होते। इस प्रकार एक ओर प्रतिकारक्षम उदाहरण में चिन्हित सख्ती लिये हुए छोटा-सा चकत्ता होता है, तो दूसरी ओर क्षीणप्रतिकार में अतः सेक सारी त्वचा में व्याप जाता है। सिर्फ बाहरी लक्षण नहीं-से होते हैं।

त्वचा से मज्जातंतु में पसरनेवाला संसर्ग

नीचे के जाल में संसर्ग बढ़ते समय उस हिस्से से जुड़े हुए संवेदनावाहक (संसरी) मज्जातंतुओं में भी उसका प्रसार होता है। ऐसे मज्जातंतुओं की सूक्ष्म शाखा की जाच करने से मज्जातंतु की अधि की भीतरी रेखा में जंतु मिलते हैं। त्वचा में वे केशवाहिनियों और रक्तवाहिनियों के चारो ओर माइक्रोफेज पेशी के पास-पड़ोस में पाये जाते हैं। इस वजह से उनका नष्ट करना आसान रहता है। मज्जातंतुओं की अधियों में वे केशवाहिनी से मज्जारेखा के कारण अलगाये जाते हैं। इस प्रकार के कारण मज्जातंतुओं में के जंतुओं का नष्ट होना कठिन होता है।

जान पड़ता है माइक्रोफेज की कुष्ठजंतुओं के साथ होनेवाली प्रतिक्रिया कुछ अंशों में सान्निध्य पर अवलम्बित है। इससे मध्य प्रतिकार के उदाहरणों में मज्जातंतुओं में के जंतुओं के वजाय त्वचा जंतुओं का नाश होता है। मज्जातंतुओं में जब जंतु रहते हैं तब पेश की भक्षण-मारण क्रिया से मानो मज्जा-रेखा के कारण उनका संरक्षण जाता है। क्षीण प्रतिकार के उदाहरण में—कालकुष्ठ प्रकार में—त्वचा और मज्जातंतु इन दोनों में भरपूर संसर्ग पसरा रहता है। त्वचा में पेश का अंत मेक भरपूर रहता है। सिर्फ मज्जातंतु में विलकुल कम रहता।

सौम्य कुष्ठ के चक्रों में त्वचा में कणसघ गाढ़ा बना हुआ रहता है। उम्र दशा में एकाध जंतु मिले तो मिले, नहीं विलकुल नहीं मिलते। पर उम्रसे जुड़े हुए मज्जातंतुओं में कणसघमय अंतःसेक तो होता है, पर तुलनात्मक दृष्टि से कुष्ठजंतु बड़ी तादाद में पाये जा सकते हैं और वे भी बाहिनी में दूर मध्य-भाग में होते हैं। इसलिए त्वचा की अपेक्षा मज्जातंतुओं में के कुष्ठजंतुओं को नष्ट करने में अधिक जोरदार प्रतिक्रिया-शक्ति की जरूरत होती है। मध्यम प्रतिकार के उदाहरण में त्वचा के जंतुओं का नाश हुआ रहता है। परंतु पूर्णतः मज्जातंतुओं में वे सिर्फ दबे-जे रहते हैं। यदि किन्हीं कारणों से प्रतिकार-शक्ति सिरी समय कम होगई तो वे मज्जातंतुओं में में त्वचा में फिर प्रवेश करने लगते हैं, यह संभव है। प्रायः यह देखा गया है कि उन समय तो चरनें अच्छे-से होगये वे उनमें फिर रोग-वृद्धि के लक्षण दिखाई देने लगे।

प्रतिकार-शक्ति में चढ़ाव-उतार

प्रतिकार-शक्ति की कमी-बढ़ी के अनुसार रक्तों के प्रसृत और दूध में शरीर-स्वच्छता में अंतर होता है, यह ऊपर कह आये हैं। प्रतिकार

शक्ति में का चढ़ाव-उतार भी रुग्णों के स्वरूप निश्चित करने का एक महत्त्व का साधन है। प्रतिकारशक्ति के इस चढ़ाव-उतार के कारणों का आगे सत्रहवें प्रकरण में विचार किया जायगा।

यदि प्रतिकारशक्ति किसी वक्त कम हुई तो जतु बढ़ने लगते हैं, त्वचा और मज्जाततु दोनों में पसरते हैं। वक्त से अगर प्रतिकार-शक्ति फिर पहले की भांति होगई तो एकत्र कुष्ठजतुओं से पेशी का तीव्र प्रतिकार शुरू होजाता है। इसे 'आरोग्य-स्थापन' (रिकवरी) की प्रतिक्रिया कहा जासकता है। सौम्य कुष्ठ के रोगी जब सहचारी रोग में से सुधार की ओर अग्रसर होने लगते हैं अथवा क्षीणता लानेवाले कारण खत्म होजाते हैं तो ऐसा अक्सर होता है। उस समय त्वचा के और मज्जाततुओं के बाहरी लक्षण बिल्कुल साफ दिखाई देते हैं।

यदि क्षीणता के कारण बहुत तीव्र या देर तक टिकाऊ हुए, तो प्रतिकारशक्ति हमेशा के लिए क्षीण होने का भय रहता है। फिर आरोग्य सुधारने पर रोग को रोकनेवाली पेशी की प्रतिक्रिया पूरी जोरदार न होने की सम्भावना रहती है। अथवा प्रतिक्रिया के कारण रोग की सकरता अथवा घालमेल होजाती है और फिर प्रतिकार-शक्ति गिर जाती है।

कभी-कभी त्वचा की प्रतिकार-शक्ति इस दर्जे की होती है कि बाहरी लक्षणों से समक्ष में आनेयोग्य त्वचा के रुग्णों का होना टल जाता है। परंतु संवेदनावाहक मज्जाततुओं में से जतुओं का ऊपर फैलकर आरत्निक (अन्तर) सरीखे मिश्र मज्जाततुओं में जाना नहीं रुकता। इस प्रकार मुख्य मज्जाततु कुष्ठविकृत होजाने से गाढ़ापन या कोमलता अर्थात् स्पर्शतासहत्व (टेडरनेस) आता है। उसकी वजह से पैदा होनेवाला पोषण, हलचल और संवेदना सबधी (ट्राफिक,

मोटर, सेसरी) लक्षण दिखाई देने लगते हैं। ऐसे शुद्ध अथवा केवल मज्जातनु-कुष्ठ के उदाहरण कम ही होते हैं। जब मज्जातनु विकृत होते हैं, तब साधारणतः उनसे व्याप्त भाग में त्वचा के रुग्णक होते हैं अथवा पहले रुग्णक होकर बदली हुई शक्ल में चकत्ते वगैरा आक्षिप्त लक्षण रहते हैं।

स्वयंमुक्तता

यह बात खूब ध्यान में रखनी चाहिए कि क्षय की भांति कोढ़ भी अत्यल्प (स्लाइट) रोग हो सकता है। ससर्ग पहुंच जाने पर भी बहुत निष्फट अथवा अनुत्पादक भी रह सकता है। यत्किंचित रुग्णक हुए भी तो बिना इलाज के अपनेआप ही अच्छे हो सकते हैं। इसके दृढ़ प्रमाण हैं कि रोगग्रस्त प्रदेशों में बहुतेरे उदाहरणों में स्वयंमुक्तता होती है। इस प्रकार अपनेआप दुरुस्ती लेना यह रोगी के सर्वसामान्य आरोग्य में वृद्धि में अच्छा सुधार होने पर निर्भर रहता है।

कोढ़ की अतिप्रगट अवस्था में भी स्वयंमुक्तता बहुत बार जाती है। कुपित अवस्था में पहुंचे हुए रोगियों में फिर समर्पक क्रम होता जाता है। रोगी फिर लौटकर सौम्य कुष्ठ में पहुंचता। पूर्वरोग के शेष चिह्नों के रूप में चेहरे और हाथ-पैरों पर कुष्ठ और व्यगता बाकी रहती है। गेंगों को रोग जल्दकर मुक्त हुए (ब्रूआउट) रोगी रहते हैं। गेंगे उदाहरणों में जंतु कियों और केंगे नष्ट हैं, इसका अनांतर टीन पैंगटा नहीं हो पाया है।

मज्जा-रेखा का एक संयुक्त पदार्थ ही है। ये सब तंतु मज्जा-पेशी से निकले हुए होते हैं। संयोगी पेशी-जाल से वे एक-दूसरे से गुंथे हुए होते हैं।

विजली डाइनमो में तैयार होती है। तार सिर्फ उसके बाह्य है। वैसे ही मज्जापेशी में प्रेरणा पैदा होती है और मज्जातंतु उन बाह्यमात्र है। प्रेरणा उत्पन्न करना, दूसरी ओर से आई हुई प्रेरणा को स्वीकारना और स्वीकार की हुई प्रेरणा को दूसरी ओर भेजना तीन काम मज्जापेशी करती है। प्रेरणा मज्जातंतु में अपनैय पंदा नहीं होसकती। जो मज्जातंतु शरीर के भिन्न-भिन्न भाग प्रेरणा को मस्तिष्क की ओर अथवा मज्जारज्जू (स्पायनल का के पाम पहुँचाकर वहाँ संवेदना उत्पन्न करते हैं, उन्हें संवेदनावा (अफरेंट मेगरी) मज्जातंतु कहते हैं। मस्तिष्क या मज्जारज्जू ओर से आनेवाला संदेश या आज्ञा शरीर के भिन्न-भिन्न भागों के। जिन मज्जातंतुओं के द्वारा पहुँचाई जाती है उन्हें 'आज्ञावा (एफरेंट) मज्जातंतु कहते हैं। इन दूसरे मज्जातंतुओं के तीन प्रकार हैं। (१) स्नायु की ओर जानेवाले मज्जातंतु। इनकी सहायता स्नायु का आकुंचन होता है। इन्हें 'गतिवाहक' (मोटर) मज्जातंतु कहते हैं। (२) भिन्न-भिन्न ग्रन्थियों की ओर जानेवाले मज्जातंतु। इनकी सहायता से ग्रन्थियों में स्राव उत्पन्न होता है। इन्हें 'रसविमोचक' (मिसेटरी) मज्जातंतु कहते हैं। (३) रक्त के बहाव का नियंत्रण करनेवाले मज्जातंतु। इनके संयोग में रक्तवाहिनी की दीवारों स्नायुओं का संकोचन और प्रसारण होता है। किसी हिस्से को रक्त का ज्यादा पहुँचाने की जरूरत हुई तो वह काम इनके द्वारा होता है। इन्हें 'रक्तवाहक' (वाटमो मोटर) मज्जातंतु कहते हैं। बहुत अल्प संवेदनावाहक और आज्ञावाहक दोनों प्रकार के तंतु एक ही

मज्जातंतु में होते हैं। इन्हें 'मिथ' मज्जातंतु कहते हैं। त्वचा के बिल्कुल पृष्ठभाग के पास जो सूक्ष्म मज्जातंतु हैं उन्हें 'पृष्ठीय अथवा बहिर्मुख' (पेरीफीरल) कहते हैं।

मज्जातंतु में संसर्ग के प्रवेश की रीति

पृष्ठभाग के मज्जातंतुओं का रक्त-प्रवाह के जरिये कुष्ठजंतुओं द्वारा विकृत होना संभव है। तथापि यह बात साधारण है कि जंतु छासकर त्वचा से ऊपर चढ़नेवाले संसर्ग के कारण नीचे के जाल में के संवेदनावाहक मज्जातंतुओं में प्रवेश करते हैं। जहां आरंभिक सीम्य कुष्ठ का एक ही चकत्ता है और उससे सलग्न भिन्नमूल की ओर जानेवाले दो मज्जातंतु हैं ऐसे एक रुग्णक को जाच के लिए लीजिए, उसकी जाच से जंतु-प्रवेश के उपर्युक्त कायदे की पुष्टि हो जायगी। एक उदाहरण में कान के ढकने पर एक चकत्ते जितना ही त्वचा का रुग्णक था और सस्त हुए मज्जातंतु ठीक बाह्यकर्णिय (आरिक्यूलर) और कर्णशस्त्रीय (आरिक्यूलो-टेंपोरल) ही पाये गये। दूसरे उदाहरण में हाथ के पिछले हिस्से में चकत्ते जितना ही त्वचा का रुग्णक था। उस हिस्से से सम्बद्ध आरलिक (अल्नर) और प्रकोष्ठीय (रेंडियल) मज्जातंतुओं की शाखाएं खूब सस्त हुई पाई गईं। ऐसे बहुत उदाहरण मिले हैं। इससे अपने आप ही यह अनुमान निकलता है कि पहले त्वचा विकृत होती है और बाद को उसके द्वारा पूरक मज्जातंतुओं में संसर्ग फैलता है। बहुत बार त्वचा में आदिवाला संसर्ग नष्ट हो जाता है और वह सिर्फ मज्जातंतुओं में ही रहता है। इसका कारण यह है कि कुष्ठजंतु त्वचा की अपेक्षा मज्जातंतुओं के समूह में सुलभता से डेरा जमाकर रहते और बढ़ते हैं। इसी वजह से मज्जातंतु कुष्ठजंतुओं के एकत्रित होने का स्थान बनता होगा।

ससर्ग के त्वचा के नीचे के जाल में रोओ की जड़ के चारों
 त्वचा के सर्पकृति भाग में और उसकी नीचे की तह में प्रवेग
 पर नया मृदम कणसघ (ग्रन्थुलोमा) तैयार होता है, और
 में दिखाई देने लायक फुसियो का समूह का समूह, पहले के
 की सीमा के बाहर को उभरा हुआ दिखाई देता है मानो यह रोग के
 नया प्रदेश तलाशनेवाले चर हो। इस कारण उनका पुरोगामीपीड
 (पायनीयर पप्युल्म) नाम पड़ गया है। त्वचा के नीचे के मज्जातु
 म कुण्डजतुओं का जो एक प्रकार का जमाव रहता है, उसमें स
 त्वचा में समर्ग जा सकता है। उसकी वजह में शुरु के चकत्ते में दा
 मर्ग पट्टचना है, अथवा पडोम की नई त्वचा कुण्ड-विकृत होती है
 रोगी की प्रतिकार-शक्ति के बीच की बीमारी के कारण अथवा ता
 लिक अशक्ति के कारण क्षीण होने पर अक्सर ऐसा होता है।

मृदमग्रन्थि (ड्यूब्रग्न्युलाइट) प्रकार के चकत्तों का छीलन (मेकन)
 अथवा विटन (स्मीज) लेकर जाचने पर जतु नहीं मिलेंगे। मिले भी
 कभी पचाय मिट जा सकते हैं। तथापि उस चकत्ते में कितने ही मर्ग
 प्रथम मात्र नरु जागृति अथवा क्रियाशीलता (ऐक्टिविटी) के ल
 मिटन में। उसका प्रसार या आकार करीब-करीब उतना ही रहता है
 तमें बचना के हठीलेपने की ठीक उपपत्ति उपर्युक्त स्पष्टीकरण में है
 है। जर्मी बनी चंगे धीरे-धीरे आगे सरकते जाने में एकमा
 रनी है, वे ही पुराने मज्जानतुओं के मग्न में में निरतर अथवा वे
 बीच में दुबारा मर्ग होते रहने में ये चकत्ते निरतर क्रियाशील रहते हैं
 तमें उग्रहण में कुण्डजतु मज्जानतुओं में में ज्यों-ज्यों त्वचा में पट्ट
 तते हैं ज्यों-ज्यों नष्ट होते जाते हैं। इस वजह से वेदा मद क्षीण
 प्रतिकार शक्ति रहती है।

क्षीण प्रतिकार के उदाहरण में ससर्ग मज्जातंतुओं में से बिना रोक-टोक के फैल सकता है। पेशी की प्रतिक्रिया नहीं-सरीखी रहती है। इसकी वजह से मज्जातंतुओं के लक्षण नहीं मिलते। कालकुष्ठ के स्पष्ट उदाहरण में प्रतिकार-शक्ति क्षीण होती है और ये मज्जातात्वीय लक्षण भी नहीं होते। परंतु ऐसे उदाहरणों में यह नहीं समझना चाहिए कि मज्जातंतु कुष्ठविकृत नहीं हैं। इसके विपरीत सीम्यकुष्ठ की अपेक्षा काल-कुष्ठ में मज्जातंतुओं में अधिक जंतु पाये जाते हैं।

स्पर्शशून्यता अथवा दूसरे मज्जातात्वीय लक्षण जंतुओं से निकलने-वाले विष के कारण पैदा नहीं होते। वैसे ही, मज्जारेखा पर जंतुओं का दबाव पड़ने से भी उनकी उत्पत्ति नहीं होती। इन लक्षणों की उत्पत्ति का कारण है जोर से प्रतिक्रिया करनेवाली और विभक्त होकर बढ़ने-वाली पेशियों के कारण कणसघ का बनना और उसका आक्रमण करना। मज्जातंतुओं के समूह में अथवा समूह-समूह के बीच की केशवाहिनियों से यह पेशी गुथी रहती है। इस पेशी की प्रतिक्रिया पहले केशवाहिनियों के निकट के जंतुओं के कारण होती है, आगे चलकर पेशी विभक्त होकर बढ़ती है और जंतुओं को निगलने लगती है और जब यह क्रिया जोर पकड़ने लगती है तब वाहिनियों से दूर के हिस्से के मज्जारेखा में के जंतुओं के कारण भी ऐसा होने लगता है।

ऐसी दशा में मज्जातंतु की सूक्ष्म शाखा की तिरछी छीलन जांच के लिए ली जाय तो उसके मध्य भाग में घट्टकुष्ठिका (लेंप्रोमा) पाई जाती है, जंतु नहीं मिलते। मज्जारेखा नष्ट हुई मिलती है। सिर्फ सीमा के पास जंतु मिलते हैं, कुष्ठिका नहीं होती और मज्जारेखा साबित रहती है। जंतु कम होकर भी मज्जाजंतुओं के बाहरी और स्वसवेद्य लक्षणों का अधिक स्पष्ट होना यह प्रतिकारक्षम उदाहरण में—

ही होता है। क्षीण प्रतिकार के उदाहरण में उस हिसाब से नहीं होता।

यहां एक प्रश्न यह पूछा जायगा कि ऐसे प्रतिकारक्षम उदाहरण में जतु मुख्य स्तम्भ तक मज्जातनुओं में से ऊपर जाते ही कैसे हैं? पृष्ठभाग के पास के मज्जातनुओं में रहते हुए पेशी की निगलने और मारने की क्रिया से उनकी रक्षा कैसे हो जाती है? यह नहीं है कि प्रतिकार शक्ति हमेशा एक-सी ही रहती हो। अलग-अलग व्यक्तियों में वह भिन्न भिन्न होती है, उन्मी प्रकार एक ही व्यक्ति में भी परिस्थिति-भेद से कम ज्यादा होती रहती है। प्रतिकारशक्ति जहां क्षीण हुई कि जतु फैलने लगते हैं, और जोरदार हुई कि पेशी की प्रतिक्रिया शुरू हो जाती है। प्रतिकार-शक्ति के गिरने पर जतुओं को दूर तक फैलने का मौका मिलता है।

मज्जातनुओं में से ऊपर जाते हुए घाव या रुकावट की जगह पर जमा होने की जतुओं की प्रवृत्ति रहती है। जहां शायदा मिलती है अथवा मज्जातनु स्नायु के, श्वेततनु पेशीजाल के, अथवा हड्डी के बरत भाग की ओर झुक्ने हैं, अथवा मकड़े छिद्रों में से जाते हैं वहां रुकावट की अधिक सम्भावना रहती है। पृष्ठीय मज्जातनु जब हड्डी में गड़े रहते हैं तब उनके रग्न होने का ज्यादा घटका रहता है। जब क्षीण प्रतिरक्षा-शक्ति अच्छी तरह मुखर जाती है तब ऐसे जतु जहां परदात रहते हैं वहीं मज्जातनु विनोय मरत हो जाने हैं। कारण फुटकर पड़ाव जतुओं की अपेक्षा जतुओं के समूह के कारण पेशी की प्रतिक्रिया ज्यादा शीघ्र से शुरू होती है। उन्मी बजट में केहूनी के पास से हुए आगिनार (अनार), घटने की गुफामयि (फिब्यूरा) के जे मुक्ने हुए पेशीनार और तान के पास के स्नायु की तरह से बूझें हुए बरत वाटपरमयि (ग्रेट आगिनार) मज्जातनु यह बूझ

मज्जातनुओं में का अमुखव्रण

कुष्ठ-विकृत मज्जातनुओं में पनीर सरीखा चिकटा पदार्थ बनने के बाद कुपित उदाहरणों में अमुखव्रण भी बन जाते हैं। क्षय रोग मरम-ग्रथि में ऐसी ही जो क्रिया होती है उससे इसका बहुत साम्य है। ऊपर फैलते हुए कुष्ठजतु रकावट होने की वजह से जहाँ इकट्ठे होने हैं उम जगह इस क्रिया के होने की बहुत सभावना रहती है। कभी गिफं पनीरीभवन होता है, कभी यह चिकटा पदार्थ तो बनता ही है पर बीच में द्रवरूप होता है। कभी द्येततनुमय वेधन में केवल द्रवरूप पदार्थ ही रहता है। यह अमुखव्रण मज्जातनु के ठीक बीच में रहता है, और मज्जातनु बेलन जैसा दिखाई पड़ता है। कभी यह हिस्सा किनारों की ओर सरक कर मज्जातनु के एक हिस्से में घेरी की तरह जुड़ा रहता है। भीतरी मवादी हिस्से का मज्जारेतो पर जितना अधिक भार रहता है उतने ही मज्जातनु के लक्षण सबद भाग में अधिक होते हैं। बहुधा ये फोड़े फूटते हैं और भीतरी द्रव्य निचुड़ जाता है। पर मापारण नियमानुसार तो बहुतकाल तक वह वेधन में बन्द रहता है। भीतरी पीपवाले भाग के भार और उमंग होनेवाले लक्षणा के प्रमाण में उसके निचुड़ जाने पर गैंगी को आगम मान पड़ता है।

यह अमुखव्रण नीचपरिणामी अथवा विलबी-जीर्ण रूप का होता है। एक ही होता है और अनेक भी, कभी इसकी एक पाती-नी-पाती ही होती है। मृक्षम दाग्या में लेकर आग्निज मरीचे बड़े, मिश्र, सर प्रभार के मज्जातनुओं में बढ जाता है। आग्निज, पृष्ठभाग के पास के प्रक्षोभ्योद, दाहप्रवर्णय अथवा मृक्ष मज्जातनुओं में वह बहुनायन में पाया जाता है। अमुखव्रण की परीक्षा में दृष्टजतु कर्तई नहीं पाये जाते। मरम

वाले हिस्से में एकाध या गुच्छा-का-गुच्छा मिलने की संभावना अधिक रहती है। बैठन में अथवा पास की मज्जारेखा में उस हिसाब से कम मिलने की बात रहती है। ऐसे मीको पर मवादवाले हिस्से में वद हो-जाने के कारण निगलने और मारने की क्षमतावाली पेशी (माइक्रोफेज) से उनकी रक्षा होती होगी।

मज्जातंतु का आकुंचन

कुष्ठजंतुओं पर पेशी की प्रतिक्रिया होते हुए मज्जातंतुओं के बैठन का खूब संभव होना संभव है। इसकी वजह से वह मजबूत और न झुकने वाला बन जाता है। ऐसे बैठन में जब तीव्र दाहजन्य क्रिया शुरू होती है और उसके कारण रक्त जमकर (कजेक्शन) सृजन आती है तब मज्जारेखा पर खूब भार पड़ता है। उसकी चालू क्रिया में रुकावट पड़ती है। भार दीर्घकालीन और बहुत अधिक हुआ तो वह नष्ट भी होजाता है। कठिन रक्ष में जाने के स्थान पर मज्जातंतुओं का आकुंचन तो अधिक दुःसह होने की संभावना रहती है। कोने के हिस्से की ओर झुकते हुए श्वेततंतु (फायबर्स) पेशीजाल से आरत्निक (अल्नर) हड्डी से ढका जाता है। पेरोनियल का भी गुल्फास्थि के पास से जाते हुए यही हाल होता है। मज्जातंतुओं के एक दम सृज जाने पर श्वेततंतुओं के आकुंचित हुए बंधन अगर वस्तु से काट न दिये गये तो हिलना, डुलना, पोषण और संवेदना में हमेशा के लिए विकृति पैदा हो जाती है या व्यग्रता आजाती है।

उसी प्रकार चेहरे के मज्जातंतुओं के सृजने पर छिद्र में से जाते हुए ढके जाने की संभावना रहती है। उस समय चेहरे के एक ओर पूरा लकवा—पक्षघात (परिलिसिस) हो जाता है। सौम्यकुष्ठ के प्रतिकार-क्षम उदाहरण में जब चेहरे पर विस्तृत रुग्णक रहते हैं तब वहां

लकवा (पेरीसिस) होना बराबर होनेवाली चीज है। उसकी वजह से चेहरा पुतले की तरह भावशून्य (मास्क लाइक अपियरेस) हो जाता है। इस प्रकार के रोग का वह एक विशेष लक्षण ही है। चेहरे की त्वचा में शून्यता आने की वजह से उसके नीचे के भाव व्यक्त करनेवाले स्नायु क्रिया करने में अशक्त असमर्थ हो जाते हैं। आँखों की पपनिया और मुँह रोलने बन्द करनेवाले स्नायुओं का भी यही हाल हो जाता है। प्रगत रोगी बहुत बार मजबूरन होठ नहीं बन्द कर पाते और बराबर लार गिरती रहती है। चेहरे के मज्जातनुओं में रुग्णक होने पर ऐसा होता दिखाई नहीं देता। ऊपर की स्पर्शशून्यता के कारण नीचे के स्नायुओं की कायम की आरोग्यस्थिति न रह जाने पर यह संभव है। उसी प्रकार ऊर्ध्वान्त्रिकोपीय (सुप्रा आर्बिटल) मज्जातनु हड्डी के छेद में से अक्षि-कोण में जाते हुए जब बहक जाता है तब कपाल के एक हिस्से में बधिरता आती है। उमी के साथ कपाल में ऊपर को जाने वाले स्नायु के (आरिमागिटो फ्रान्टलिस) उमी अग को आधा लकवा भी हो जाता है।

दमवां प्रकरण

कोढ़ के प्रकार

प्रकट-रोग-लक्षण की दृष्टि में कोढ़ के मुख्य दो प्रकार हैं। (१) मज्जातनु-कोपीय (न्यूमट) अथवा मोम्यकुष्ठ और (२) कालकुष्ठ (अप्रो-मटम्)। सन् १९३८ में कास्पा (डॉक्टर) में इंटरनेशनल लेप्रमी कांफ्रेंस (अन्तर्राष्ट्रीय कुष्ठ कांफ्रेंस) ने इन मुख्य दो प्रकारों की व्याख्या नीचे के अनुसार की थी।

१. मज्जातांत्वीय (म) प्रकार—कोढ़ के सौम्य रूप के सब उदाहरण । इनमें (१) पृष्ठ भाग की संवेदना में परिवर्तन, पोषण विषयक बिगाड़, अपोषण-क्षय (लकवा अथवा पक्षाघात) , मज्जातंतुओं की ज्ञानवाहक और हिलने-डुलने की क्षमता का क्षीण अथवा नष्ट होना । और इनसे होनेवाले दूसरे अप्रत्यक्ष परिणाम ये सारी खराबियाँ मज्जातंतु-दाह के (न्यूरायटिस) शक्ल की होती हैं । (२) संवेदना की खराबी से होने पर स्थानबद्ध चकत्ते अथवा मडल होते हैं । अथवा (३) दोनों प्रकार के रुग्णक एकत्र पाये जाते हैं । ऐसे रोगी में संसर्ग की पेशीप्रतिक्रिया ठीक परिमाण में होती रहती है । साध्या-साध्य विचार (प्राग्नोसिस) की दृष्टि से इसमें रोगी शायद ही मरता है । सिर्फ अवयव के बदशक्ल अथवा विकृत होने का खटका रहता है । लेप्रालिन परीक्षा साधारणतः अस्तिपक्ष में अथवा भावरूप होती है । त्वचा के रुग्णको में सूक्ष्मदर्शक परीक्षा में निरपवाद रूप से न सही तब भी बहुत करके जंतु नहीं पाये जाते । नाक की श्लेष्मल त्वचा की जाँच में जंतु पाये जा सकते हैं । सूक्ष्मशरीरशास्त्र की दृष्टि से (हिस्टालाजिकली) बहुतेरे रुग्णक सूक्ष्म ग्रंथि से बने हुए—‘सूक्ष्म ग्रंथिल’ (ट्यूबर क्युलाइड) होते हैं ।

२. कालकुष्ठ (क) प्रकार—नाम के मुताबिक ही यह कोढ़ का विकट और दुश्चिकित्स्य प्रकार है । इसमें रोगसंसर्ग पर पेशीजाल-की प्रतिक्रिया लगभग नहीं ही होती है । यह दुःसाध्य स्वरूप होता है । लेप्रालिन परीक्षा अभावरूप (नास्तिपक्ष में) होती है । त्वचा और दूसरे अवयव विशेषकर मज्जातंतु का मुख्य स्तम्भ (ट्रंक) कुष्ठविकृत हो जाता है । सूक्ष्मदर्शक परीक्षा में अनेक जंतु पाये जाते हैं । मज्जा-तंतुदाह विषयक खराबी होती भी है और नहीं भी । प्रथम अवस्था

के कालकुष्ठ के रुग्णको में आरम्भ में वह खराबी नहीं होती है। किन्तु आगे चलकर होती है। सौम्यकुष्ठ से कालकुष्ठ में बदले हुए रुग्णको में यह प्रायः पाई जाती है।

मज्जातात्वीय अथवा सौम्य कुष्ठप्रकार

मज्जातात्वीय रुग्णको के (१) मडलीय (मॅक्युलर) और (२) स्पर्सान्ज्य (अनेस्थेटिक) ऐसे उपप्रकार हैं। मडलीय उपप्रकार में त्वचा और मज्जातनु इन दोनों के लक्षण होते हैं, त्वचा पर चकत्ते नहीं पड़ते। मडलीय उपप्रकार के सादे मडलीय (सिपल मॅक्युलर) और सूक्ष्मग्रन्थिल (ट्यूबरक्युलाइड मॅक्युलर) भेद हैं। मडलीय प्रकार के ही रुग्णको ज्यादा होते हैं। सादे मडलीय में चकत्ते माधारणतः सपाट होते हैं। सूक्ष्म ग्रन्थिल में मोटे, ऊपर उठे हुए, रवेदार और छूने में पुरे दरे होते हैं। उन्हीं मोटाई और रवेदारपन के प्रमाण के हिसाब से सूक्ष्म ग्रन्थिल के प्रधान और गौण दो सूक्ष्म उपभेद किये जाते हैं। नीचे उन सब मडलीय उपप्रकारों का एक साथ ही विचार करेंगे।

(१) मडलीय स्थानीय

मज्जातात्वीय अथवा सौम्यकुष्ठ के दोगे मडलीय उपप्रकार में त्वचा पर मोठे खरबन्दाकार अथवा बिना किसी गहरे आकार के गहरे खरबन्दाकारों की ओर मज्जातनु अथवा चकत्ते होते हैं। उनमें निम्नलिखित चार प्रकार के परिवर्तन होते हैं :—

१-लाली (पीसापन होना)

२-मज्जातनु की मज्जातनुता में ह्रास

३-रुग्णको में मज्जातनु-परिणाम का मग्न हो जाना

४-मोटाई और गहरी, साधारण प्रकार के हिमों पर। कुछ रुग्णको की ओर श्रद्धा।

५-पसीना निकलने में खराबी होने से पैदा होनेवाली खुश्की, वालों की बाढ़ रुकना इत्यादि ।

वर्णहानि सामान्य रूप से अशक्त होती है, पूर्णतः नहीं । रूग्णको के कुछ हिस्से में अधिक तो कुछ में कम होती है । कभी लाली के कारण तो कभी मासदाहक (कास्टिक) पदार्थ लगाने से कलझाये हुए मोटे दागों की वजह से फीकापन ढक जाता है ।

पृष्ठभाग की संवेदनाशक्ति के ह्रास में भी ऐसी ही कमी-बेशी होती है । चेहरे पर के रूग्णको में तो वह नाममात्र की होती है । धड़ पर के (ट्रंक) रूग्णको में उसकी अपेक्षा अधिक और हाथ-पाव के रूग्णको में सबसे ज्यादा होती है । सारी संवेदनाशक्ति में भी एक-सी विकृति नहीं होती । साधारणतः शीतोष्णसंवेदना पहले विकृत होती है । इसके बाद सुख-दुःख-संवेदना और अंत में स्पर्श-ज्ञान का खातमा होता है । इस संवेदनात्मक अंतर के साथ बहुत बार विकार के कारण बड़ा हुआ अति तीक्ष्ण स्पर्शज्ञान (हायपरस्थेशिया), हाथ पावों पर चुनचुनाहट, लहर उठना, आघात करने पर झनझनाहट अथवा पीड़ा होना इत्यादि जिन्हें रोगी खुद समझ सकता है (स्वयमवेद्य) फरक-भी होता रहता है ।

रूग्णको से संवधित पृष्ठीय मज्जातंतुओं की सख्ती का जाच द्वारा समझ में आना आसान नहीं है । बहुत बार मज्जातंतु खूब सख्त होते हैं । विशेषतः रूग्णको के मोटे होने पर मज्जातंतुओं की सरती सहज में मालूम हो जाती है । पृष्ठीय मज्जातंतु से संवध रखनेवाले शरीर-विभाग का पूरा ज्ञान प्राप्त करके ठीक जाच करने से मज्जातंतुओं की सख्ती ध्यान में आ सकती है । यह सरती ऐसे मज्जातंतुओं की उपशाखा से लेकर मुख्य स्तंभ तक पसरती हुई पाई जाती है । स्तंभ भी बहुत बार सरत होता है ।

क्रियाशील रुग्णको में मोटाई और लाली साधारणतः पाई जाती है। उसका परिमाण भी कमोबेश रहता है। जो चकत्ते मोटे हो गये हैं उनमें यह ज्यादा दिखाई पड़ती है। कभी यह मोटाई और लाली भी और सिर्फ किनारे की ओर ही होती है, कभी दोनों ही बिलकुल साफ होती हैं और रुग्णक के सारे-के-सारे बाहरी हिस्से को घेरे हैं। कभी-कभी उसकी बहुत ज्यादाती रहती है और सारे हिस्से में रहती है। उसकी वजह से बाहरी त्वचा की बारीक पपड़ी भी कभी प्रत्यक्ष द्रव्य उत्पन्न होकर भी पीड़ा होती है। शरीर के चकत्ते और मुर्छी लिये होते हैं या उससे विपरीत भी होते हैं। ऐसे और मोटे चकत्तों की मूधम शरीर-शास्त्र की दृष्टि से की हुई जा आघात पर बहुत बार उसे 'मूधम ग्रथिल' सजा दी जाती है।

ये ऊपर बनाये हुए मडल शरीर के किसी भी हिस्से पर हो हैं। वे व्यास में १ इंच जितने छोटे और १ फुट या इससे भी बड़े तक हो सकते हैं। कभी एक ही ग्रन्थ होता है; तो कभी छोटे मंडलों की तादाद में होते हैं। यह छोटे-छोटे सैकड़ों ग्रन्थ मोटे ४. उनका गठियल (नाइयुलर) कोढ़ में साम्य रहता है।

क्रियाशील रुग्णक वर्णरङ्गकार बदलने जाते हैं और एक दूसरे में परस्पर गुथ जाते हैं। वे कभी-कभी फर्द महीनों, वर्षों अथवा सदैव (अक्रियाशील) दशा में रहने हैं।

(२) स्पर्शानुषंग उपप्रकार

विना द्रवों का मिश्रण मज्जातान्त्रीय कुण्ड का यह उपप्रकार यह पृष्ठीय मज्जातानु के कुण्डविकृत होने में पैदा होता है। रुग्णक मज्जातानुओं में का मगने मुख्य स्पर्शानु फँसने जाने में यह प्रकार होता है। बहुत बार रुग्णक अथवा पृष्ठीय मज्जातानु के प्रत्यक्ष वि

आ जाती है। उसकी वजह में पैर का पीछे का हिस्सा और पैर की नली का आगे का हिस्सा स्पर्शशून्य हो जाता है। पेरोनियल स्नायु की हलचल की शक्ति क्षीण होजाती है। पैरो में एक प्रकार की विकृति आ जाने से चाल भ्रमककर पड़ने लगती है। पैर की नली के पीछे के हिस्से की ओर नीचे उतरकर फिल्ली तक जानेवाली पीछे की जघास्थिगामी (टिबियल) मज्जातनु फिल्ली के भीतर और बाहर की ओर विकृत होते हैं। उसी वजह से पाय की नली मुन्न हो जाती है। बाहरी त्वचा विकृत और पतली हो जाती है। पाय के तलुए पर वेधक ग्रण उत्पन्न हो जाते हैं।

विकृत हुए मज्जातनु माधारणतः मोटे और कितनी ही बार तो बड़े मोटे हो जाते हैं। आग्निरु और पेरोनियल दशा में यह विशेषरूप होता है। कभी-कभी मज्जातनुओं की विकृति के कारण उसमें बिना पस का फोड़ा अमृद्यग्रण हो जाता है। इसका पहले उल्लेख होचुका है।

प्रकोष्ठीय (रेडियर) मध्यगत (दंड और प्रकोष्ठ की मध्यरेखा) बानवादा मीडियन) और मस्तिष्क से निकलनेवाले पांचवें और सातवें शीर्षीय (ट्रानियर) मज्जातनु भी मोटे होनेवालों में से हैं। प्रकोष्ठ और मध्यगत मज्जातनु के विकृत होने से हाथ में शून्यता आती। पापणविवरण पराधी पैदा होती है।

मस्तिष्क से निकलनेवाले ५ व और ७ वें मज्जातनु के कुष्ठ-विकृत होने से आग्रा से पार्श्वी पट्ट (सर्निक्रा) को स्पर्शशून्यता घटती है। चेदरे और अतिराय (आविट) के स्नायु की मचालन शक्ति भी क्षीण है, नचपट्ट बाहर से आर निकल आने हैं और नेत्राग्र पट्ट (कॉन्जुक्टा) मुली और अमरुतिन रहती है। आगे बढ़ाओ पार्श्व। इससे आग्रा में १०६ चीज पड़ने पर पता नहीं चलता-उसमें नहीं मारुत होता है। इससे जान होने का यश हर रहता है।

वार नेत्रावरण की जलन (कजकिटविटिस) पैदा हो जाती है अथवा पटल पर व्रण हो जाते हैं।

स्पर्शशून्य सौम्यकुष्ठ जब जोर पकड़ जाता है तो ऐसे रोगी के पूरे-के-पूरे दोनों हाथ-पैर, सारा धड़ और चेहरा स्पर्शशून्य हो जा सकता है। अपोषण क्षय (लकवा) और पोषण विषयक दूसरी खराबी पैदा हो जाती है। हाथ-पावो पर और चेहरे पर व्यगता और कुरूपता आजाती है।

इस स्पर्शशून्य उपप्रकार में सूक्ष्म दर्शक के द्वारा कुष्ठजंतु बहुधा नहीं पाये जाते।

(३) मिश्र प्रकार

मडलीय और स्पर्शशून्य दोनों उपप्रकार एक ही रोगी में एकत्र भी हो सकते हैं। यह माना जा सकता है कि सौम्यकुष्ठ में त्वचा पर के पकटते, पृष्ठीय मज्जातंतु और उसके मुख्य स्तंभ तक ही संसर्ग मर्यादित होता है। नियमानुसार तो शरीर भर में ऐसी खराबी नहीं आती है। कालकुष्ठ से लौटकर सौम्यकुष्ठ में आये हुए रोगी में अथवा कुष्ठ-प्रतिक्रिया शुरू हुए रोगी में शरीर भर में खराबी होती है।

ऊपर वर्णन किये हुए सब लक्षणों में (१) पृष्ठीय मज्जातंतु की निश्चित सख्ती और (२) संवेदना का ह्रास ये दोनों लक्षण कोढ़ का निदान करने में निर्णायक हैं।

कालकुष्ठ-प्रकार

कोढ़ के मुख्य दो प्रकारों की व्याख्या देते हुए, जैसा कि कहा जा चुका है, उग्र अथवा तीव्रतर रूप के रूग्णों में यह कालकुष्ठ प्रकार पाया जाता है। उसमें रोग-संसर्ग-संबंधी पेशीजाल की प्रतिक्रिया करीब-करीब नहीं-जैसी होती है। पेशीजाल में कुष्ठजंतुओं की सख्या बे-रोकटोक बेहद बढ़ती और फैल जाती है। पेशीजाल उनकी कोई प्रतिक्रिया मात्र

आ जाती है। उसकी वजह से पैर का पीछे का हिस्सा और पैर की नली का आगे का हिस्सा स्पर्शशून्य हो जाता है। पेरोनियल स्नायु की हलचल की शक्ति क्षीण होजाती है। पैरों में एक प्रकार की विकृति आ जाने से चाल भ्रमककर पड़ने लगती है। पैर की नली के पीछे के हिस्से की ओर नीचे उतरकर फिल्ली तक जानेवाली पीछे की जघास्थिगामी (टिबियल) मज्जातंतु फिल्ली के भीतर और बाहर की ओर विकृत होते हैं। उसकी वजह से पाय की नली मुन्न हो जाती है। बाहरी त्वचा विकृत और छुरा माटी हो जाती है। पाय के तलुए पर वेधक घ्रण उत्पन्न हो जाते हैं।

विकृत हुए मज्जातंतु माधारणत मोटे और कितनी ही बार तो बहुत माटे हो जाते हैं। आग्निज और पेरोनियल दशा में यह विशेषण होता है। कभी-कभी मज्जातंतुओं की विकृति के कारण उसमें बिना सूखे का फोड़ा अमुक्षघ्रण हो जाता है। इसका पहले उल्लेख होचुका है।

प्रकाण्ठीय (रेडियल) मध्यगत (दंड और प्रकोष्ठ की मध्यरेखा के मानवाला मीडियन) और मस्तिष्क में निकलनेवाले पाचवें और सातवें नीर्वीय (पनियल) मज्जातंतु भी मोटे होनेवालों में से हैं। प्रकोष्ठी और मध्यगत मज्जातंतु के विकृत होने से हाथ में शून्यता आती है। तापप्रतिपक्ष गराबी पैदा होती है।

मस्तिष्क में निकलनेवाले ५ व और ७ व मज्जातंतु के कुष्ठ-विकृति में से ४ व में पार्श्वीय पटल (सार्निआ) को स्पर्शशून्यता घर लेते हैं। पैर और अशिराज (आपिट) के स्नायु की मचालन शक्ति क्षीण हो जाती है, नवपटल बाहर की ओर निकल आने लें और मेषाग्र-पटल (एरिनिटिया) सूखी और अमरगन्ध रहती है। आंखें बंद हो जाती हैं। इससे आंखों में बाड़े चीज पड़ने पर पना नहीं चलाता-उत्तरा-उत्तरा नहीं करता होता है। इससे ज्ञान होने का बहा हर रहता है। व

नहीं करता । मज्जातात्वीय प्रकार की अपेक्षा इस प्रकार में ग्रण अपक्व रणक अस्पष्ट उभरे हुए रूप में पाये जाते हैं । वे शरीर में अल्प प्रमाण में फैले हुए होते हैं । त्वचा, मज्जातनु, श्लेष्मलत्वचा, रसवाहि और भीतरी अवयवों तक बहुधा रोग-संसर्ग पहुँचा हुआ रहता है । प्रकृत लक्षण-दृष्टि में मुख्य रणक त्वचा और श्लेष्मलत्वचा में होते हैं । इस प्रकार में कुष्ठग्रथि (नाइयूतम) पैदा होती है । साधारणतः (हिंदु मान में तो) विशेष गराबी की हालत के कुछ उदाहरणों में वह पाई जाती है । कुछ कार्यकर्ताओं का जो यह समझ है कि कुष्ठग्रथि का मितता इस प्रकार का एक लक्षण है, यह सही नहीं है । कालकुष्ठ-प्रकार की त्वचा के रणक बार-बार होते हैं । अनुक्रम निम्नलिखित है—
१—निरन्तर अस्पष्ट उभरे-रूप में गूँजा हुआ फूला-सा भाग । बहुत शर उभार मुर्झी, त्वचा पर एक प्रकार का चमकीलापन, रणक मममन्त-सा मुलायम ।

२—रणक बढ़ते हुए चरित्त अवस्था अस्पष्ट ऊँचाई से घिरा हुआ त्वचा भाग । मीम्वकुष्ठ और कालकुष्ठ के चकत्तों का भेद मन्त्रीमानि पश्चान्ना आता चार्त्त । कालकुष्ठ के चकत्तों का ऊपरी हिस्सा अल्प गूँगा होता है । उभार पर त्वचा का चमकीलापन और मममलीय-सा होता है । ऊँचाई अस्पष्ट होती है, मिम्वे हुए नहीं होते । इस रक्षा में रणक-अवस्था में परिवर्तन नहीं पाया जाता । पृथ्वीय मज्जातनु ममन्त रूप रहता । और मूँमदशाग भाग अनेक कुष्ठजनु पाये जाते हैं ।

३—त्वचा अरुण रमन् नीर के पेंसीजाल में कुष्ठग्रथियाँ पैदा होती हैं । कभी वे गहरे अरुण में बहुत बड़ी होती हैं । कभी त्रिकुल नली-सी दिखाई देती हैं ।

४—कुष्ठग्रथि का भाग होता है जो नम अवस्था वहने रहने है ।

कालकुष्ठ-प्रकार में आरम्भ में रुग्णक कुछ विशिष्ट भागों में ही स्थानबद्ध रहते हैं। पर साधारणतः यह स्थानबद्धता ऊपरी ही होती है। क्योंकि दूसरी ओर के अविकृत भाग की सूक्ष्मदर्शक द्वारा परीक्षा करने पर वहाँ भी कुष्ठजंतु पाये जाते हैं। कालकुष्ठ के प्रगत रोगी में शरीर पर को कुल त्वचा कुष्ठविकृत हो जाती है। रुग्णक बाहर सिर्फ कुछ विशिष्ट भाग में खास तौर से पाये जाते हैं। उदाहरणार्थ मुँह, कान, पीठ, छाती, घुटना, केहुनी, पंजे का ऊपरी हिस्सा। त्वचा के कालकुष्ठ से विकृत होने का एक लक्षण केशहानि (डीपिलेशन) होता है। सारे ही शरीर पर के बाल उड़ जाते हैं। खासकर चेहरे पर भौंहें, डाढ़ी और मोछ के बारे में यह दशा अधिक स्पष्ट दिखाई देती है। अङ्कोप पर के केश भी उड़ जाते हैं।

इस प्रकार में त्वचा के रुग्णक में स्पर्श-सवेदन सबधी परिवर्तन नहीं पाया जाता। तथापि पृष्ठभागीय मज्जातंतु का स्तम्भ विकृत हो जाने से हाथ-पैरों में थोड़ी-सी स्पर्शशून्यता आजाती है। साधारणतः लोग इसे मुर्दारपना कहते हैं। मज्जातंतु कुष्ठविकृत होते हैं, पर सौम्यकुष्ठ की अपेक्षा उसमें सख्ती कम मालूम होती है। स्पर्शशून्यता, पोषण-विषयक रुग्णक, लकवे इत्यादि का इस प्रकार के लक्षणों में गौण स्थान होता है। ऐसे रोगी में आगे चलकर त्वचा का रोग धीरे-धीरे कम होने से त्वचा के रुग्णक मुरझाने लग जाते हैं और उस जगह स्वेततंतु-पेशीजाल पैदा हो जाता है। जिससे सिकुड़न पड़ जाती है, विकृत त्वचा खखरी हो जाती है। इस दशा में फिर वहाँ स्पर्शशून्यता आने लगती है और पोषण-विषयक रुग्णक दिखाई देने लगते हैं, यह ध्यान में रखना चाहिए। क्योंकि रोगी के सुधरने में उसके फिर सौम्यकुष्ठ में जाने और तब उसके लक्षण दिखाई देने की संभावना रहती है।

कालकुष्ठ प्रकार म श्लेष्मल त्वचा बहुधा विकृत हो जाती है। नाक कठ और स्वरग्य (लेरिस) की श्लेष्मल त्वचा का पूर्ण कुष्ठविकृत होना ममय है। बहुत बार उसपर गाठ और व्रण भी पाये जाते हैं। नाक के छेमे छणको की वजह से नासा पटल नाक में का परदा, (सेप्टम) गायब हो जाता है और नाक बँठ जाती है, कठ में घर्घराहट की आवाज आती है अथवा कभी-कभी श्वाम-रोध भी होने लगता है। रोग की भयंकर अवस्था में आँखों का पारदर्शी पटल कुष्ठविकृत पाया जाता है। पल्ल और पुनरी का जीर्ण दाह भी पाया जाता है। अडकोप का विकृत होना भी मामूली बात है। जिमकी वजह से बहुत बार वहाँ के बाल झड़ जाते हैं। स्नान फूल जाते हैं। अडकोप का अन्न खाव क्षीण होने की वजह से दमरा पराशिया भी हो जाती है। शक्छेदन होने पर दूगरे भीतरी अंग भी कुष्ठग्रस्त पाये जाते हैं, पर बाहरी लक्षण नजर नहीं आते।

रात्रकुष्ठ का उपप्रकार नहीं है। उसके एक प्रकार को मरीचि त्वचा विकीर्ण (टिप्टूज) कालकुष्ठ कहते हैं। उसमें त्वचा पर सर्वत्र रात्रकुष्ठ सूक्ष्म बूँद मरीचि असम्य स्पर्श होते हैं। ऊपर नवर का दाया अनुसार लाठी प्रस्पष्ट उभार नरम गुलगुल स्पर्श या त्रिशिष्ट तमर उसपर आती है। त्रिशिष्ट अभ्याग के बिना हम किम्म की शीघ्र परधान नहीं पाती। हिन्दुस्थान में जब-जब यह किम्म पाई जाती है। पर उस आज भी मय वगैर स्वतन्त्र उपप्रकार नहीं माना जाता।

होते हैं, इस सम्बन्ध में पन्द्रहवें प्रकरण में फिर उल्लेख किया जायगा।

वाह्य लक्षणों से, सूक्ष्मदर्शक से अथवा छीलन (सेक्शन) लेकर सूक्ष्म शरीर वाह्य दृष्ट्या (हिस्टालाजिकली) भी कभी-कभी परीक्षा करनी पड़ती है। मोम्यकुष्ठ में वाहिनी के सामने कणसघ (ग्रेनुलोमा) गाढ़ और गिमटा होता है। साधारणतः वह रोममूल और घर्मपिंड के आसपास अथवा नीचे के पेशीजाल में पाया जाता है। खासकर 'उपलेपक पेशी' (एपियेलाइट मेल) होती है। उसमें 'दीर्घकाय' (ज्याट) पेशी में साधारणतः पाई जाती है। जहां जोरो की प्रतिक्रिया चलती है उस स्थान पर यह 'दीर्घकाय' पेशी तो बराबर ही पाई जाती है। इससे विपरीत कालकुष्ठ रोग में कणको में कणसघ ढीला और बिगड़ा हुआ होता है। जलु पाये जाते हैं। उसमें 'कुष्ठपेशी' अथवा 'फेनपेशी' होती है। दीर्घपेशी प्रायः नहीं होती।

सर्वगत अन्तःसेक

उपर कहा जा चुका है कि कालकुष्ठ के क्षीण प्रतिकार के कारण में यह सर्वगत अन्तःसेक होता है, बाह्यतः समझने योग्य लक्षण कम होते हैं, जिसकी वजह से जानकारी में भी भूटे हो जाती है। सूक्ष्मदर्शक के द्वारा मिलें अनेक जलु पाये जाते हैं। व्यवहार में ऐसे के रोग-निर्णय करने में बड़ा बाधा रहता है। वे पहचान में न आते, सर्वत्र मिलने-जुलने रहते हैं और बराबर छूत फैलाने रहते हैं।

बड़े बड़े इस प्रकार के रोगों का खूब मोटी हो जाती है। अगर अंतर पर दृष्टान्त दया कृती हुई सूक्ष्म मिश्रण-सी पड़ी दिखाई देती है। इससे दाईं आकार में अलग मिश्रणी (त्रिओन्ट्रियागिस) दिखाई देती है। काल पर भी गया है होता है।

यह कहते सुना जाता है कि हथेली, पगथली और खोपड़ी पर रुग्णक नहीं पाये जाते, पर यह सही नहीं है। सर्वगत अन्तः सेक वहा भी फैलता है। पर हथेली और पगथली की मोटी त्वचा के कारण अथवा सिर पर गालों के आवरण के कारण सहज में वे लक्ष में नहीं आते।

कुष्ठ-ग्रन्थि

माधारणत जिस त्वचा में कुष्ठ-संसर्ग अच्छी तरह भिना हुआ होता है उस त्वचा में यह गाठ होती है। उसका रूप स्थायी होता है। कुष्ठ-गतिक्रिया में उठनेवाली गाठ का फिर दबना सम्भव रहता है। यह गाठ कुष्ठज पेशीजाल से बनी हुई रहती है। उसमें फूली हुई फेनपेशी होती है और उसमें कसकर कुष्ठजतु भरे रहते हैं। ये सब श्वेत त्वचा पेशीजाल द्वारा बंधे हुए से होने से गाठ की शकल बन जाती है जो तबतक नवीन होती है नरम रहती है। उसमें रसवाहिनिया भी होती हैं। पुरानी होने लगने पर श्वेततत्व पेशीजाल सिबुडने लगता है और वह ढीली बन जाती है। त्वचा में अथवा उसके नीचे के पेशीजाल में भी यह होती है। उसके हमेशा के अङ्गुष्ठों से आगे निकले हुए अवयव जैसे चेहरा, कान, हाथ, ठेठुने, पैर या कंधे की। पर वह कहीं भी हो सकती है। नाक, मुँह, कंधे में भी होती है। हथेली, पगथली और खोपड़ी पर कभी-कभी ही होती है।

कभी-कभी यह गाठ फूट कर व्रण हो जाते हैं। साथ ही तीव्र मवाद बह जाता है। तब सूख जाता है अथवा बहुत दिनों तक बहाव जारी रहता है। इस स्राव में कुष्ठजतु होते हैं। ऐसी दशा में रोगी असह्यमान रहता है। पीछे मज्जातत्व में के अम्लवर्ण का जिक्र आ चुका है। इन दोनों प्रकार के व्रणों में जो भेद है उसे समझ रखना चाहिए। इन गाठों के होने का कोई निश्चित कारण नहीं बताया जा

मकता । जरासी जन्म की जगह में कुष्ठजंतु ज्यादा तादाद में जमा हो जाते और बढ़ते हैं । मामने का पेशीजाल उसका विशेष प्रतिकार करता है । सम्भव है इस प्रतिक्रिया के कारण वह गांठ बन जाती हो ।

चारहवां प्रकरण

विशिष्ट अवयवों के रुणक

रक्षा में और मज्जातनु के कोठ के रक्षणको के विस्तारपूर्वक विचार करने के बाद अब विशेष अवयवों में जो विशेष प्रकार के रक्षण पैदा होते हैं गुणमत्ता के लिहाज में उनका स्वतंत्र रूप से विचार करना और ज्यादा अच्छा होगा। ये रक्षणक साधारणतः कम पाये जाते हैं। रोग-निदान और उपचार की दृष्टि में उनका महत्त्व है। ये प्रायः (१) आग, (२) नाक, (३) मुँह और कंठ (४) श्वसन-द्रव्य और (५) जनन-द्रव्य पर पाये जाते हैं। कंठ में त्रणों का भी अलग में विचार करना पड़ता है।

आर्यों के ऋषाव

४।३ के कारण होने वाले रण्यों में आत्मा के लक्षण मरणा
दीर्घ दुःखद और अवग बनानेवाले होते हैं। इनका पहले प्रमग
रूप आध्यात्म है। पर उसी मयत्रय में विचार करने की प्रवृत्ति है
इस रण्यों के पारम्परिक निश्चय दो वर्ग होते हैं। पहला प्रकार ०।
२।३ के जीर्णीय मयत्रय के विज्ञान होने में होता है। दूसरा
मयत्रय पद (मतिभ्रा) में बदलाने पड़ा हो जाता है। पदों की
प्रवृत्ति वृद्धि का ही विज्ञान में मयत्रय आती है। हमारे प्रसार में आती

पीड़ा होती है। रक्त-प्रवाह का अभाव हो जाने अथवा घण हो जाने के कारण कूर्चमय (काटिलेजिनम्) आवरण में छेद हो जाते हैं अथवा यह गायब हो जाता है। उपदश रोग में जैसे हड्डी के आवरण जाते रहते हैं वैसे काठ में बिलकूल नहीं होता। इन दोनों रोगों में यह फर्क ध्यान में रखना चाहिए। कूर्चमय आवरण के जाते रहने से नाक चपटी हो जाती है। पर ताम्र रंग के नाक के भीतर घण हो जाने से श्वेतवर्तुओं का जो रक्त प्रवाह होता है उसकी प्रजह में ऐसा होता है।

मुख और कंठ के रक्षण

मुख के चारों ओर की त्वचा विकृत होने के बाद माधारणतः होठों पर रक्षण पाया जाता है। पर प्रारम्भ में पहले यहाँ नहीं होते। होठों में गहरा री और तिनारे पर बहुत बड़ा कुण्ड-ग्रथि दिखाई देती है। होठों पर जो रीर राग और क रक्षण जब बहुत बढ़ जाने हैं तो आगुचन होता है और मुख पर कुछ नहीं सकता (स्टेनागिम)।

साठकृत्तीय प्रारंभ के भयकरता प्राप्त रोगी की जीभ पर साठ की रक्षणें उभर आती हैं।

साठ पर गठील अथवा त्रिपर रक्षण उठ आते हैं। कुण्डलित रक्षाओं के फटने से या नष्ट हो जाने से मूढु गालु (गाण्ड रोग) और मण्डपयदार (फागम) रक्षण और प्रणयुक्त हो जाते हैं। इन

१ मुख स्थान पर दोनों क्षमानियों के पीछे जो मार्ग हैं उसे मंत्र मार्ग (कर्षक) कहते हैं। कारण यहाँ मात मार्ग आकर मिले हैं। शरीर क्षमानियाँ के बीच के दरवाजे को मण्डपयदार (फागम) कहते हैं। मण्डपय और मण्डपयदार इन दोनों को मिलाकर जो कहते हैं। मण्डपय में मिलने वाले मात मार्ग—१ मंत्र का मार्ग, २ मण्डपय के स्थान के दो द्वार ८ अन्त-मार्ग, ५ श्याममार्ग, ६-७ कान और कंठ का अन्तर्गत स्थान के मार्ग हैं।

होने वाले पोषण के नष्ट होने से पैदा होते हैं। वे पैरो को नीचे से ऊपर की ओर की वेधन क्रिया की तरह काटते जाते हैं। इसलिए उन्हें 'वेधक व्रण' (परफोरेटिंग अल्सर) कहते हैं। ऐसे व्रणों में से कुष्ठजंतु साधारणतः प्रिय. बाहर नहीं निकलते। उनसे जितना डरा जाता है उस हिसाब से वे रोग कम फैलाते हैं।

दूसरे प्रकार के व्रण 'कालकुष्ठीय व्रण' हैं। वे त्वचा अथवा श्लेष्मल-त्वचा में के रुग्णको के फूटने से होते हैं। ऐसे व्रणों के पाये जाने की नियमित जगह नयुने हैं। ऐसे व्रणों में से असंख्य जंतु निकलते रहते हैं। कुष्ठग्रथि फूटने से होनेवाले व्रण भी इसी दायरे में आते हैं। रोग को फैलाने में इन व्रणों का प्रमुख स्थान है।

मज्जातंतु में के अमुखव्रणों की एक अलग ही किस्म है। वे फूटकर बहने लगे तो उन्हें दूसरे व्रणों की भांति समझने में हर्ज नहीं है। उनका वर्णन पीछे किया जा चुका है।

तेरहवां प्रकरण

कुष्ठ-प्रतिक्रिया

कोठ बड़ा जीर्ण रोग है। इसमें चढाव उतार बहुत धीरे-धीरे होता है। रोगी में हफ्तों या महीनों तक भी कोई प्रत्यक्ष परिवर्तन नहीं होता। तथापि कुछ रोगियों में कुष्ठ-प्रतिक्रिया अथवा ज्वर की दशा आती है, उस समय रोग के लक्षणों में एकबारगी अचानक कुछ वृद्धि आती है।

इस कुष्ठ-प्रतिक्रिया के कारण बहुधा दुर्बोध अथवा संशयित रहते

है। स्थूल दृष्टि में तो शरीर की पेशी की कार्यशक्ति अथवा चयापन (घटने-बढ़ने की) क्रिया में परिवर्तन पैदा करनेवाले अनेक कारणों से यह होती है। गीतज्वर अथवा मलेरिया सरीखे सहचारी रोगों के अथवा चेचक निकलने या शरीर को दुर्बल करनेवाले किसी भी कारण से यह हो सकती है। कोढ़ियों को पोटेशियम आयोडाइड पूर्ण मात्रा में देने पर यह प्रतिक्रिया हटाई जा सकती है। हिड्नोकार्गम अथवा चालमुद्रा तेल, आर्मेनिक (सफ़िया), पारा इत्यादि जो पेशीय अति मात्रा में देकर भी यह पैदा की जा सकती है। अनेक वायुप्रदूषण स्थितियों की गर्भावस्था में यह हो जाती है। तथापि बहुत बाल्य कारण समझ में नहीं आता।

कुष्ठ-प्रतिक्रिया के लक्षणों के मक्षेप में तीन भाग किये जाते हैं -

१—त्वचा, मज्जानतु, इलेमल त्वचा, नेत्र के पुराने लक्षणों मन्त्री, क्षोभ अथवा दाह और बाह।

२—शरीर के भिन्न-भिन्न अवयवों पर नये लक्षणक उत्पन्न होना।

३—अस्वस्थता, ज्वर इत्यादि।

प्रतिक्रिया के लक्षणों का स्वस्थ रोग के प्रकार के सिवाय से बहुत बदलता है। गीतज्वर में साधारणतः पुराने लक्षणक मन्त्र और दाह ही होते हैं। उनमें बहुत-बहुत वृद्धि होती है। भिन्न-भिन्न अवयवों पर नये लक्षणक उत्पन्न होते हैं। कुष्ठविह्वल मज्जानतु की मन्त्री और दाह ही होते हैं। इस कारण वेदना होती है, स्पर्शशून्यता में वृद्धि होती है। दाह, मन्त्र शरीरगत अस्वस्थता, ज्वर वर्णर आम तौर में नहीं होते। बहुत-बहुत प्रमाण में होने पाये जाते हैं।

१. इष्ट की ऐसी अनिष्ट की छोड़ना, पेशी की इस क्रिया को मन्त्रावस्था कहते हैं। उद्योग अनुसार 'चयापन' क्रिया मन्त्रा है।

धीरे-धीरे क्षीण होना रहता है, उसकी हालत उत्तरोत्तर बिगड़ती जाती है। खयाल है कि कालकुष्ठ में मसर्ग-केंद्र (लेप्राटिक् फोकस्) के फूटने शरीर में फैलने में यह प्रतिक्रिया होती होगी।

आरोग्य मुधर कर प्रतिकार-शक्ति के पूर्ववत् होने या बढ़ने पर कोई म एत प्रकार की प्रतिक्रिया होती है, इसका उल्लेख पहले हो चुका है। यह आरोग्यस्थापनारूपी (रिकवरी) प्रतिक्रिया उपर्युक्त प्रतिक्रिया में भिन्न होती है। इसका भेद समझ रखना चाहिए। एक प्रतिकार-शक्ति के घटने की वजह से होती है, दूसरी प्रतिकार-शक्ति के बढ़ने लगने के कारण होती है।

कुष्ठ-प्रतिक्रिया के मध्य में ध्यान में रखनेवाली एक और जरूरी बात है। प्रतिक्रिया जोई टिगाऊ अवस्था नहीं होती है। जिसे किसी प्राय उपचार के भी बाद समय के बाद वह माधारणन अपने आप दूर जाती है। ऐसी प्रतिक्रिया के पूर्ण जित दशा में ना, फिर बहुधा उसी दशा में हो जाता है। इस बात पर गौर न करने के कारण बहुत बुरा गड़बड़ हो गई है। प्रतिक्रिया जीवप्रार्थिनामी (अक्वूट) अथवा जीव-निर्धारी (पानिक्) स्थिति की भी हो सकती है।

चौदहवा प्रकरण

कोढ़ की वृद्धि और उतार का क्रम

कोढ़-रुग्ण में कोढ़ की वृद्धि नहीं आ प्राय मध्यकुष्ठ में मसर्ग-केंद्र फूटने से और उतार आता नहीं बढ़ता है। यदि म उतारगमो में कुछ मसर्ग का मसर्ग है कुछ वर्ष बीतने पर कालकुष्ठ के कारण केंद्र फूटने से। इससे दूरबी को जित पर मसर्ग बढ़ता भीते भी बढ़ता मसर्ग

रमण नष्टप्राय हो जाते हैं। श्लेष्मलत्वचा और दूसरे कुष्ठविकृत पेशी
जाओ म भी पण्डा हो परिवर्तन हो जाता है।

पन्द्रहवां प्रकरण

कोढ़ का निदान (रोग-निर्णय)

है कब नहीं, यह सबको जानना चाहिए। ऐसे ही किस प्रकार में वह साधारणतः अस्तिपक्ष में होती है अथवा नहीं होती इसकी जानकारी रहना भी उपयोगी है। यह परीक्षा कोढ़ का निदान करने की अपेक्षा रोगी सासगिक है या नहीं इस निश्चय में अधिक उपयोगी है। निदान करने में हमेशा उसका उपयोग नहीं होता, और न जरूरत ही है। किसी रणक में किस प्रमाण में साधारणतः जंतु पाये जाते हैं इसका उल्लेख पहले किया जा चुका है।

अपवादात्मक उदाहरण

कोढ़ के कुछ अपवादात्मक उदाहरण ऐसे पाये जाते हैं कि जिनमें ये मुख्य निर्णायक तीनों लक्षण नहीं होते या सशयग्रस्त होते हैं। छोटे बच्चों के बारे में ऐसा अनेक बार होता है। यह पहले बतलाया जा चुका है। ऐसे प्रसंगों पर विशेषज्ञ ही निर्णय कर सकते हैं। कुष्ठ-रोगी की सोहवत में उत्पन्न कुष्ठ में (ससृष्ट में) कुछ अधूरे लक्षण पाये जाय तो साधारण पाठकों को चाहिए कि फौरन उसे उचित परीक्षा करा लेने को कहे, उसमें आलस्य न करे। समाज में से कोढ़ को नेस्तनाबूद करना हो तो जहातक सभव हो शीघ्र निदान होना चाहिए, तभी सफलता की आशा है। इसपर जितना जोर दिया जाय कम है।

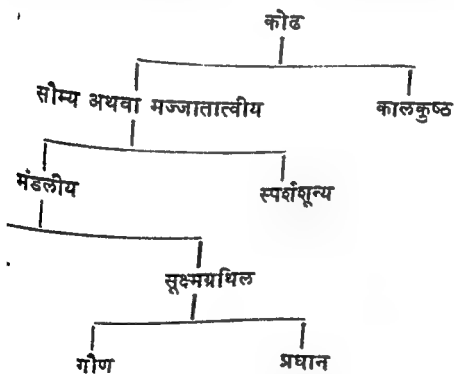
भेदकारी चिकित्सा (डिफरेंशियल डायग्नोसिस)

निर्णायक लक्षण तय करने के बाद कोढ़ सरीखे दिखाई देनेवाले दूसरे रोग कौन से हैं और उनमें क्या भेद है इसका विचार करना आवश्यक है। क्योंकि दूसरे रोगों में भी ऐसे ही बाह्य लक्षण मिलने सभव हैं। उनका भेद समझ में आये बिना रोग-निर्णय नहीं हो सकता। उदाहरणार्थ, शेरणी रोग में त्वचा पर फीके सूक्ष्म दाग हो जाते हैं। पर उनमें स्पर्शज्ञान रहता है, पसीना आता है, बाल भी पाये जाते हैं। 'पीले कोढ़' रोग

रोगियों का वर्गीकरण

८३

वर्गीकरण के सवध में एक बात विशेष साफ करने की है । जिस रोगी में मज्जातात्वीय और कालकुष्ठीय दोनों रुग्णक मिलें उसे काल-कुष्ठीय वर्ग में ही डाला जायगा, चाहे कालकुष्ठीय रुग्णक एकाध ही हो और मज्जातात्वीय अनेक । साध्यासाध्य-विचार, उपचार और रोगप्रति-बंधक इलाज की दृष्टि से कालकुष्ठीय रुग्णक का पाया जाना अधिक ध्यान खींचनेवाली बात है । वर्गीकरण करते हुए उसे प्रमुखता मिलनी चाहिए । उदाहरण के लिए क, म, लिखना चाहिए, म, क, लिखना ठीक नहीं है । ससेप में कोठ का नीचे लिखे अनुसार वर्गीकरण होगा —



कोठ के हमेशा मिलनेवाले उदाहरणों के वर्गीकरण में कोई कठि-
नाही होती । बहुत बार भिन्न तरह के उदाहरण मिलते हैं, तब उनका
रण आसान नहीं रहता । कुछ सौम्यकुष्ठ के और कुछ कालकुष्ठ
के लक्षण किसी किसी रोगी में एकत्र मिलते हैं । उसमें सवेदना के
ए स्थानबद्ध दाग और सख्त मज्जातंतु मिलेंगे, पर उसीके साथ

व्यक्तता बढ़ने लगने और प्रतिकारशक्ति कम होने लगने पर सेडिमेंटेशन दर्शक (इन्डेक्स) चढ़ने लगता है।

अनुभव, आग्रह और समय हुए बिना प्रतिकारशक्ति का अन्दाज एकदम नहीं लगाया जा सकता। उपचार शुरू करने के पहले या उपचार चालू रहते बीच-बीच में इसका विचार करना चाहिए। उपचार कितनी मात्रा में (डोज में) देना, कहातक बढ़ाना अथवा कब बन्द रखना यह तै करने में भी इसका उपयोग होता है।

से नीचे तक १०० भाग किये हुए होते हैं। ऊपर के भाग में ० निशान बना रहता है। नीचे से ० इस निशान तक रक्त मिश्रित द्रव्य लेने से वह १ घ सें भरता है। इस पिपेट को एक खबर के स्टैंड में खड़ा कर देते हैं। १॥ घण्टे में उसे देखने पर रक्त के गोलक अलग होकर नीचे तह में कचड़ा जमा हुआ दिखाई देता है। ऊपर का हिस्सा पानी के समान रंग रहित रहता है। फिर एक घंटे भर उस पिपेट को घंसे ही रखकर देखने से लाल कचड़े का भाग नीचे खिसका हुआ दिखाई देता है। दोनों बार के नली पर के अंक मिलाकर उसका अनुपात निकालते हैं, इसे सेडिमेंटेशन दर्शक (इन्डेक्स) कहते हैं। इस परीक्षा से प्रतिकारशक्ति घटी है कि सुधरी है, इसका पता चलता है। निरोगी मनुष्य में सेडिमेंटेशन दर्शक (से. द) १० के नीचे रहता है। रोगियों में वह ८० तक बढ़ा हुआ पाया गया है। रोगी का यह से द. बीच-बीच में देखते रहने से उसकी प्रतिकारशक्ति के उतार-चढ़ाव का अन्दाज होता रहता है। उसके हिसाब से औषधोपचार में अबल-बदल किया जा सकता है। डाक्टर के लिए यह परीक्षा मार्ग-दर्शक होती है। पर इसी पर सारा दार-मवार नहीं रखना चाहिए।

अन्न घर से मगाता था। दो बरस बाद उसका रोग बिना किसी दवा के अच्छा हो चला। वह थोड़ी नीम की पत्तिया खाता था। इसके सिवा उसने कोई दवा नहीं ली थी। इस उदाहरण में कोई अतिशयोक्ति नहीं है। उत्तम प्रतिकार हो और रोग आरम्भिक दशा में हो तो सिर्फ साधारण उपचार से भी रोग की रोक-थाम संभव है। दूसरो के लिए भी ऐसा सुधार संभव है। साधारण उपचार को खेत की जुताई कह सकते हैं। खास उपचार ऊपर से बरसनेवाली वर्षा है। जुताई न की गई तो बरसात बेकार है, यह सब किसान जानते हैं। इस बात से साधारण उपचार का महत्त्व ध्यान में आजाना चाहिए। नार्वे से १७० आदिमियों के अमेरिका की बस्ती में भेजने का जिक्र पहले आचुका है। उस उदाहरण से भी साधारण उपचार का महत्त्व समझ में आ जायगा।

पर साधारण उपचार और खास उपचार में व्यर्थ भेद करने की जरूरत नहीं है। दोनों एक साथ चल सकते हैं। दोनों की उचित मात्रा और सामंजस्य रखने में सफलता की कुजी है। यह जान रखना चाहिए कि दोनों एक दूसरे के पूरक हैं। किसी भी खास उपचार का परिणाम प्रतिकारशक्ति को पहले तात्कालिक कुछ कम करना होता है।

सामान्य उपचार

कोढ़ का उपचार शुरू करने में एक नियम पर अधिक ध्यान देना चाहिए। दूसरा कोई भी रोग साथ हो तो पहले उसे संभालना चाहिए। इसके बिना कोढ़ का इलाज शुरू न करे। उपचार शुरू करने पर बीच में दूसरा रोग पैदा हो जाय तो पहले उसकी ओर ध्यान देना चाहिए। यथासंभव इस नियम का पालन होना चाहिए। इस बात की ब्रह्म बार परवा नहीं की जाती। इसके कारण खास उपचार का वास्तविक परिणाम सामने नहीं आता। जड़ियाँ, अतिसार, हृदय, मवाद

तो 'क्रोमिक अम्ल' का फाहा अच्छा है। घाव हो तो धोकर घोरिक मरहम लगानी चाहिए।

कोढ़ियों के सहवास में रहनेवालों को हाथ वगैरा धोने के लिए 'लायसोल' का घोल उपयोग करना चाहिए। फर्श और लकड़ी का सामान वगैरा अधिक तीव्र धोल से धोना चाहिए। लायसोल विषैला पदार्थ है, मुँह में जाने से बचना चाहिए।

उपचार संबंधी उपर्युक्त जानकारी साधारण पाठकों को अथवा रोगियों को होनी जरूरी है। उपचार की पद्धति, द्रव्य, समय, मात्रा का प्रमाण इत्यादि तज्ज्ञ डाक्टरों को मालूम रहता है। यहाँ उसके व्योरे में उतरने की जरूरत नहीं जान पड़ती। मज्जातत्त्व की खराबी, विशिष्ट अवयवों की क्रिया और कुष्ठ-प्रतिक्रिया के उपचार का व्योरा साधारण पाठकों को मर्यादा के बाहर की चीज है। पीछे वर्णन की हुई प्रत्येक विकृति का उपचार की दृष्टि से विचार होता है, पर यहाँ उसकी जरूरत नहीं है।

कुष्ठ-प्रतिक्रिया के बारे में सिर्फ एक सूचना दे देना आवश्यक है। स समय नित्य का खास उपचार, सूइयाँ बन्द रखनी पड़ती हैं, पूरा आराम लेना पड़ता है। बहुत बार बिना किसी उपचार के केवल आराम से ही वह अपने आप दब जाती है। लक्षणों के बढ़ने से डरकर रोगी धिकाधिक उपचार लेने का विशेष आग्रह करता है। उसका नतीजा एब होता है। जानकारी की सलाह मिलनी संभव हो तो लेनी चाहिए। आवश्यकता जान पड़ने पर वह उपचार करेगा। यो, रोगी का ठाँ साफ रखना चाहिए, खान-पान हलका लेना चाहिए पूरा आराम चाहिए। उस वक्त उपचार करने की परेशानी में बिल्कुल नहीं ना चाहिए।

कोढ़ रोग में खानेवाली कोई दवा नहीं है। कुछ रोगियों को

साध्यासाध्य-विचार

न होनेवाली व्यग्रता, कुरूपता और समाज में होनेवाले तिरस्कार के कारण है। यद्यपि यह रोग स्पर्शजन्य है तथापि इसकी स्पर्शजन्यता भी ऐसे ही सौम्यरूप की है। इस वजह से इसका साध्यासाध्य-विचार (प्राग्नासित) शायद दूसरे रोगों की अपेक्षा अधिक महत्त्व की चीज होगी।

इस साध्यासाध्य-विचार के दो अंग हैं। (१) उनके सम्बन्ध में विचार। जो ससर्ग में आये हुए हैं (ससृष्ट), पर अभी सिर्फ रोग-लक्षण ज़ाहिर नहीं हुए हैं, ऐसे उदाहरणों में रोग प्रकट होने की कितनी संभावना है, इसका मुख्य रूप से विचार करना पड़ता है। (२) उन रोगियों के सवध में विचार कि जिनमें रोग-लक्षण प्रकट हो गये हैं। रोग दुस्त होने की कितनी संभावना है। दुस्त होने में कितना समय लगेगा? रोग फिर से शुरू होने की संभावना रहेगी क्या? दुस्ती हो गई तो भी व्यग्रता रहेगी या नहीं? इन प्रश्नों का विचार नम्बर दो में आता है।

इन दोनों अंगों का विचार करने की दिशा एक ही है। उपर्युक्त प्रश्नों का उत्तर देते समय छ बातों को लक्ष्य में रखने की जरूरत है—(१) उम्र, (२) रोग का प्रकार, (३) वंश, (४) रोग का समय और उसके चढ़ाव-उतार की गति, (५) रोग-प्रतिकार-शक्ति, (६) साधारण शरीर प्रकृति अथवा आरोग्य।

(१) छोटी उम्र में सुधार होने की संभावना प्रौढ़ों की अपेक्षा कम होती है। छोटे बच्चों को सौम्यकुष्ठ के चकत्ते होने पर उसमें सुधार होना सुलभ नहीं है। उलटे अधिक विकृत स्वरूप धारण करने की संभावना रहती है।

(२) कालकुष्ठ की अपेक्षा सौम्यकुष्ठ में सुधार होने की

कोढ़ी की मनःस्थिति

। में परिश्रम के कारण निकृष्ट आहार होने पर भी उनकी प्रतिकार-
कत अच्छी रहती है। मजबूत स्नायुवाला रोगी औषधि की अधिक
मात्रा आसानी से पचा सकता है।

रोगी की दृष्टि से यह प्रश्न महत्वपूर्ण है कि हाथ पैरों पर या चेहरे पर
व्यपता आवेगी या नहीं। बिल्कुल आरम्भिक अवस्था में उपचार शुरू हो
जाने और फिर व्यवस्थित रूप से जारी रहने से व्ययता आने की संभावना
कम रहती है। इस संबंध में विशिष्ट प्रकार के व्यायाम का विशेष महत्व
है। जिनके स्नायु अच्छे बने हुए हैं और जो नित्य व्यायाम करते रहते
हैं ऐसे को हाथ-पैरों की पगुता की विकृति शायद ही होती है। बहुत
बड़ी हुई हालत के उदाहरणों में कुछ स्पर्शशून्यता और सूक्ष्म स्नायु
में होनेवाली पोषण संबंधी विकृति सहसा दूर नहीं होती, वह स्थायी
होती है। पर उसे रोग के जाग्रत लक्षणों में गिनने की जरूरत नहीं
है। उसे पूर्वरोग का अवशेष समझना चाहिए।

बीसवां प्रकरण कोढ़ी की मनःस्थिति

‘कोढ़ी’ शब्द एक तरह की गाली ही है। बहुतेरे देशों में दुर्भाग्य से
। इस रोग के पजे में फस जाते हैं उन्हें लोग गालियां देते हैं और उनसे
। करते हैं। लोगों का खयाल है कि कोढ़ी मनुष्य दुष्ट और पापी
न होता तो भगवान ने उसे इतनी बड़ी सजा क्यों दी होती। समाज
कोढ़ियों को धिक्कार-दृष्टि से निहारता है। कोढ़ी के मन पर इसकी
(असर) हुए बिना नहीं रहती। यह प्रतिक्रिया ही कोढ़ी वं
कमजोर मन-स्थिति का कारण होती है।

साधारण समाज में प्रमाण या प्रकार का तारतम्य नहीं है। उसे कोढ़ी-मात्र से नफरत होती है। यह एक बार की घर की हुई भावना ज्यो-की-ज्यो जारी रहती है।

समाज की ऐसी वृत्ति का रोगी की मन स्थिति पर स्थायी परिणाम होता है। पहले तो वह रोग को छिपाता है। जरा भी निशान किसी को दिखाई न पड़ जाये, इस डर से बेचारे का मन सशक्त रहता है। इसके कारण निरंतर का मानसिक आरोग्य और प्रसन्नता जाती रहती है। आगे चलकर जैसे-जैसे रोग जाहिर होने लगता है और समाज में उसे तिरस्कार और बहिष्कार सहना पड़ता है, वैसे-वैसे उसके मन में हीनता की भावना बढ़ने लगती है। इसी समय कहीं अगर उसका काम-धंधा छूट गया और उसे दूसरे की दया या भीख पर निर्वाह करना पड़ा तो उसके स्वाभिमान की भावना को भारी चोट पहुँचती है। पूरा स्वाभिमानशून्य न होने पर भी हताश तो हो ही जाता है। रोगी जितना सुशिक्षित और कुलीन होता है उसे उतनी ही अधिक मानसिक व्याधा होती है।

यह सिद्धांत है कि मानसिक स्थिति कमजोर होते जाने देने से शारीरिक स्थिति भी कमजोर होती जाती है। उसकी वजह से रोगी की रोग-प्रतिकार-शक्ति क्षीण हो जाती है। वह जैसे-जैसे कम होती जाती है वैसे-वैसे उसका रोग बढ़ता है, और रोग छिपाने का उपाय नहीं रह जाता। वह अगर जल्दी ही जाहिर होगया तो बहिष्कार अधिक प्रमाण में प्रकट होने लगता है। इस प्रकार अनर्थ परपरा का चक्र चालू होजाता है। मनुष्य जहाँ हताश हुआ, भविष्य की आशा न रही, जग से और व्यवहार से प्रत्यक्ष वंचित हुआ वा होने का

कि मन और साथ ही शरीर भी छीजना शुरू हो जाता

बनाय उनसे सहानुभूति और सहृदयता का व्यवहार होना चाहिए। मनुष्यता और भूतदया के नाते ही नहीं बल्कि रोगी की प्रतिकार-क्षमता को प्रोत्साहन देने के विचार से भी ऐसा व्यवहार करना दूसरों के लिए फलं हो जाता है। ऐसे रोगियों की स्थिति सुधारने के लिए क्या समाज उनसे विवेकयुक्त प्रेमपूर्ण बर्ताव नहीं कर सकता ?

इक्कीसवां प्रकरण कोढ़ का प्रतिबंध

प्रतिबंध के मूलतत्त्व

कोढ़ सासर्गिक (छूत का) रोग है। सासर्गिक रोगी के स्पर्श से वह निरोगी व्यक्ति को लग जाता है। बच्चों को इस प्रकार से रोग-संसर्ग होने का बड़ा डर रहता है।

दूसरे सासर्गिक रोगों में जिन तत्त्वों के आधार पर प्रतिबंधात्मक उपाय किये जाते हैं, उन्हींका अवलंबन कोढ़ में भी किया जाता है। नीचे लिखे उपाय अमल में लाये जाते हैं—

१—सासर्गिक रोगियों से दूसरों का सहवास बचाने के लिए उन्हें अलग रखना।

२—रोगियों को असासर्गिक बनाने के लिए उनका इलाज करना।

३—समाज के सब व्यक्तियों को अथवा सहवास में जानेवाले (ससृष्ट) व्यक्तियों को कृत्रिम उपायों से रोग-निर्भय (इम्युनाइज) करना

४—संसर्ग लगने न देने के लिए सामाजिक और आरोग्य-विषय परिस्थिति में सुधार करना।

कोढ़ का प्रतिबंध

लोकशिक्षक और आरोग्य-दूत (हेल्थविजिटर) की स्वेच्छा सहायता मिले तो प्रचार का प्रश्न कठिन नहीं है ।

दूसरे देशों में कोढ़ का प्रतिबंध जहाँ रोगियों की संख्या एक हद के अन्दर है और आवश्यक आर्थिक सहायता मिलने में अड़चन नहीं है उन देशों में आमतौर से अनिवार्य रूप से उन्हें अलग करने पर जोर दिया जाता है । यह अलगाव साधारणतः कुष्ठनिवास सरीखी संस्थाओं के माफ़त होता है । कुछ देशों में अनुकूल परिस्थिति मिलने पर घर के घर में ही अलगाव किया गया है । एशिया और अफ्रीका के कुछ देशों में कुष्ठग्राम बसाने की पूर्वापर प्रथा दिखाई देती है ।

इस अलगाव का नतीजा अलग-अलग हुआ है । जहाँ लोकमत अच्छा अनुकूल मिला जैसे नार्वे में, वहाँ अलगाव में अच्छी कामयाबी हुई है । जहाँ लोकमत का जोर नहीं रहा वहाँ यथासंभव कायदे को टालने की प्रवृत्ति रही है । सासर्गिक रोगियों को अलग करना मानवदया का कार्य है यह न समझकर रोगियों के रोग छिपाने में दूसरे लोग उलटे मदद करने लगे । ऐसे देशों में यह प्रयोग निष्फल सिद्ध हुआ । जापान, फिलिपाइन्स सरीखे कुछ देशों में बीच के दर्जे की कामयाबी रही ।

इधर अलगाव पहले से अधिक लोकप्रिय होने लगा है । एक बार अलग किये गये कि फिर समाज में वापस लौटने की उम्मीद गई, यह धारणा बदल रही है । आधुनिक उपचार से बहुतेरे रोगियों को समाज में वापस लौटने की आशा होने लगी है । इन दिनों के कुष्ठनिवास पहले जैसे कैदखाने नहीं रह गये हैं । वे यथासंभव रमणीय, हवादार स्थानों में बसाई बस्ती जैसे हैं । दूसरी वजह है, उन देशों में पति-पत्नी

लोकशिक्षक और आरोग्य-दूतों (हेल्थविजिटर) की स्वेच्छा से सहायता मिले तो प्रचार का प्रश्न कठिन नहीं है ।

दूसरे देशों में कोढ़ का प्रतिबंध

जहाँ रोगियों की सख्या एक हृद के अन्दर है और आवश्यक आर्थिक सहायता मिलने में अडचन नहीं है उन देशों में आमतौर से अनिवार्य रूप से उन्हें अलग करने पर जोर दिया जाता है । यह अलगाव साधारणतः कुष्ठनिवास सरीखी सस्थाओं के माफ़त होता है । कुछ देशों में अनुकूल परिस्थिति मिलने पर घर-के घर में ही अलगाव किया गया है । एशिया और अफ्रीका के कुछ देशों में कुष्ठग्राम बसाने की पूर्वापर प्रथा दिखाई देती है ।

इस अलगाव का नतीजा अलग-अलग हुआ है । जहाँ लोकमत अच्छा अनुकूल मिला जैसे नार्वे में, वहाँ अलगाव में अच्छी कामयाबी हुई है । जहाँ लोकमत का जोर नहीं रहा वहाँ यथासंभव कायदे को टालने की प्रवृत्ति रही है । सासर्गिक रोगियों को अलग करना मानवदया का कार्य है यह न समझकर रोगियों के रोग छिपाने में दूसरे लोग उलटे मदद करने लगे । ऐसे देशों में यह प्रयोग निष्फल सिद्ध हुआ । जापान, फिलिपाइन्स सरीखे कुछ देशों में बीच के दर्जे की कामयाबी रही ।

इधर अलगाव पहले से अधिक लोकप्रिय होने लगा है । एक बार अलग किये गये कि फिर समाज में वापस लौटने की उम्मीद गई, यह धारणा बदल रही है । आधुनिक उपचार से बहुतेरे रोगियों को समाज में वापस लौटने की आशा होने लगी है । इन दिनों के कुष्ठनिवास पहले जैसे कैदखाने नहीं रह गये हैं । वे यथासंभव रमणीय, हवादार स्थानों में बसाई बस्ती जैसे हैं । दूसरी वजह है, उन देशों में पति-पत्नी

को बखरदारी में भेजा नहीं करा। जल्दा ही बच्चा का अलग करने
उमरे मरने का प्रयत्न किया जाता है। जापान समीचे कुल देखा में
मरति न गोरे देर के लिए पुरुष पर एक प्रकार की शस्त्राग्नि कर
है और उमर बाद उह मरत रहन देा है। पर न उमर बड़े मर
कोर मरति न है, दूसर के मरत मरु जाने में सामाजिक अहता है।

दूसर देता की आराम्य विषय मरुत और शैक्षणिक प्रसार इन
दोनों उपायों की पद्धति में मरत मरिचार करने की मरुत आराम्यता
मरुत है।

ये दिशा में कार्य करते रहने से उसमें समाज का स्थायी कल्याण है, और रोग को बश में लाने में कदम आगे पड़ेगे । इसके लिए हुस्तान में जगह-जगह निम्नलिखित उपायो पर अमल करना हिए

१) प्रचार

साधारण जनता में इस विषय का सही-सही ज्ञान फैलाना चाहिए । बिना इस काम में विवेकपूर्ण लोकमत का बल पाने की नहीं है । आज तो इस सबध में लोकमत उदासीन है । किसी वर्ग को ही नहीं सारे समाज को मिलकर इस प्रश्न के सबध में होना चाहिए । इसके बिना रोग की रोक में कामयाबी नहीं कती ।

कार्यकर्ताओं की शिक्षा

इस विषय के जानकार डाक्टर, परिचारक और आरोग्यदूतों की तादाद बढ़ानी चाहिए । इसके लिए उनकी तालीम का प्रबध करना चाहिए ।

(३) अलगाव की कोशिश

कुष्ठनिवास सरीखी सस्थाओं के द्वारा अलगाव आदर्शरूप से हो-कता है । आज हिंदुस्तान में जो ऐसी ५०-५५ सस्थाएँ हैं उनमें ०,००० रोगी अलग करने का सुभीता है । हिंदुस्तान में १५ से २० लाख गंदी होने की कल्पना है । अगर उनमें सैकड़ों २० सासगिक माने जाय । उनकी संख्या ३ लाख से ऊपर जायगी । इतनों के लिए ऐसी सस्था गणित होना असंभव-सा दिवाई देता है । तथापि प्रत्येक रोगग्रस्त भाग ऐसी एक सस्था तो जरूर होनी चाहिए । उसमें रोगियों की परीक्षा, अलगाव और कार्यकर्ताओं के शिक्षण इत्यादि की सुविधा होनी

(४) उपचार-केंद्र (क्लिनिक ट्रीटमेंट सेंटर)

कोढ़ को रोकने में कुष्ठनिवास अथवा अस्पताल के बाद ही उपचार-केंद्रों का नवर है। निस्संदेह उनकी बहुत जरूरत है। वे कुष्ठ-निवास की पूर्वतैयारी के रूप में होते हैं और पूरकरूप भी। सब असासगिक रोगियों और थोड़े आरम्भिक सासगिक रोगियों के लिए उनका अच्छा उपयोग होता है। उनके द्वारा रोग-निर्णय, उपचार और प्रतिबंध ये तीनों प्रकार के काम हो सकते हैं। हिंदुस्तान में रोगियों में से ७५ प्रतिशत उपचार-केंद्रों में ही जाते हैं। हिंदुस्तान में ऐसे उपचार-केंद्रों की सरया आज लगभग १००० है। हफ्ते में एक बार सूर्य लगाना भर ही उनका काम नहीं होना चाहिए। आदर्श केंद्रों में प्रत्येक रोगी के घर की और उसके-सब कुटुंबवालों की हर छठे महीने जाच होनी चाहिए। कोढ़-विषयक ज्ञान समाज में फैलाने की तो वह शाला ही हो। कुष्ठनिवासों में रोगी भोजन का काम वास्तव में उन्हीं के द्वारा होना चाहिए। समाज में से ऐसे रोगियों को जल्दी-से-जल्दी सौज निकालना इन केंद्रों के कामों में एक मुख्य काम है। कुष्ठनिवास और उपचार-केंद्र का चोली-दामन का सा साथ है। हिंदुस्तान में केवल कुष्ठनिवासों द्वारा अथवा केवल उपचार-केंद्रों द्वारा कोढ़ का प्रश्न हल होना संभव नहीं है। दोनों का उचित समन्वय और सहकार होना चाहिए। इन दोनों में किसकी जरूरत ज्यादा है, यह विषय कभी विवादास्पद था पर आज तो दोनों की मर्यादा और महत्त्व सामने आगये हैं। जैसे मनुष्य के दोनों हाथ समान भाव से उपयोगी हैं वैसे ही ये दोनों भी हैं। एक के अभाव में दूसरा पगु रहेगा। हिंदुस्तान में कुष्ठनिवास और उपचार केंद्र भिन्न-भिन्न प्रबन्धों के आधीन हैं, इसकी वजह से परस्पर का संबंध गाढ़ होने में अड़चन पड़ती है। होना तो चाहिए दोनों का

वास्तविक परिणाम नहीं होता। उसका जितने भाग में पालन होता है उससे ज्यादा भाग में वह भग्न किया जाता है। देखा गया है कि बड़ी निकतो के बाद लुक-छिप करनेवाले रोगियों को तलाशा भी गया तो जतने ही समय में वह बहुतो को ससर्ग का शिकार बना चुके होते हैं। इसकी वजह से कानून की असली मशा जहा-की-तहा ही रह जाती है। इस सबब में आजतक के अनुभव के आधार पर विशेषज्ञों ने यह मत कायम किया है कि लोकमत और शिक्षण द्वारा अलगाव करने पर जोर देना अच्छा है। जबरदस्ती के उपाय बिल्कुल छोटे देश में बयवा द्वीप में व्यावहारिक सिद्ध होसकते हैं, किसी विशाल देश में नहीं।

(६) जांच (सर्वे)

प्रत्येक रोगग्रस्त हिस्से की व्यवस्थित जांच होनी चाहिए। (१) रोगमान और (२) वहां रोग-प्रसार के विशिष्ट कारणों की निश्चित कल्पना हो जानी चाहिए।

यह जांच तीन प्रकार की होती है। रोगग्रस्त हिस्से में बीच-बीच में कुछ गांव लेकर नमूने के लिए जांच की जाती है (सैंपल सर्वे)। उससे सारे हिस्से की साधारण कल्पना हो जाती है। दूसरी जांच (कंसेंट्रैटेड-सर्वे) में प्रत्येक रोगी जांचा जाता है। उसके लिए कार्यकर्ताओं का दल चाहिए और वस्तु भी काफी चाहिए। तीसरी तरह की जांच खास मौकों पर मुख्य रूप से सशोधन या अध्ययन के लिए की जाती है। ऐसी जांच में किसी खास भाग के प्रत्येक व्यक्ति की संपूर्ण दार्ष्ट्रीय रीति से परीक्षा की जाती है। उन हिस्सों का कई वर्ष बराबर अवलोकन और फिर-फिर जांच चालू रहती है। ऐसी जांच विशेष मौकों पर ही संभव होती है (एपिडिमिआलोजिकल सर्वे)

वाईसवां प्रकरण कोढ़ और गांव

जैसे साथ शहरो-उद्योग-केंद्रों में पाया जानेवाला रोग है, वैसे ही कोढ़ खास कर देहातों में पाया जाता है। जैसे शरीर के सर्वव्यापी बम्व त्वचा और मज्जातंतु में यह फैलता है वैसे ही देशव्यापी गावों में इसका फैलाव है। संस्कृति की विशिष्ट अवस्था और रहन-सहन के आधार पर सुधार के परिणाम पर यह निर्भर करता है, इसलिए प्रत्येक गांव का सुधार हुए बिना इसकी जड़ जाना कठिन है। इससे कोढ़ का गांवों के सामाजिक, आर्थिक और आरोग्य संबंधी प्रश्नों के साथ गहरा जुड़ा हुआ है।

देश से यदि इसे निकाल भगाना है तो हर गांव को इस समस्या के हल करने का काम गांव में ही शुरू करना चाहिए, तभी इस की रोक-थाम संभव है। कोढ़ का किला कहिए, गढ़ कहिए, गांव है। वही उसकी जड़ खोदनी चाहिए।

गावों में कोढ़ के बारे में कितनी ही भ्रूंतपूर्ण रूढ़ियां फैली हुई हैं। 'छूत की क्या बात है जी, किस्मत में लिखा था हो गया' यह बराबर सुना जाता है। व्यभिचार से अपना रोग दूसरे के पल्ले बंध जाता है और खुद को मुक्ति मिल जाती है, यह माननेवाले भी पाये जाते हैं। उन्हें इसका भेद नहीं मालूम रहता कि सासंगिक रोगियों से अधिक डरना चाहिए या अपग और श्वल विगड़े हुए लोगों से? छोटे बच्चों को रोगियों के पास खेलने को छोड़कर बाहर काम के लिए जाते उन्हें कोई दुविधा नहीं होती। कोढ़ी के वश में औरों के साथ शादी-विवाह होते रहने के अनेक उदाहरण दिये जा सकते हैं।

कोढ़ और गांव

चाहिए । प्रत्येक गाव में, या गाव बड़ा हो तो प्रत्येक जाति में, प्रतिवधक नमन या कम-से-कम एक आरोग्यदूत—घोड़ीदार का होना जरूरी है । इसका काम होगा कि खास गाव में कोढ़ को बढने न देना, उसे जड़ से नष्ट करना । उसे नीचे लिखी बातें करनी चाहिए —

१—जितने कोढ़ी हों सबकी खबर रखना । इसमें निकट के गवार-केंद्र की अथवा दूसरे डाक्टरों की सहायता लेना । गाव के सब कोढ़ियों की व्यवस्थित सूची रखना ।

२—उसमें से सौम्यकुष्ठ की लिस्ट अलग करना । उसे किससे कैसे रोग लगा इसका पता लगाने का प्रयत्न करना । उस असांसर्गिक रोगी से और दूसरों को रोग न होने पावे इसकी कोशिश करना । सब सौम्य-कुष्ठ के रोगियों को उपचार के लिए ले जाना । जो इलाज न करावे उन्हें जाति बाहर का दंड दिलवाना ।

३—सासर्गिक रोगियों का खाना अलग रखना । उन्हें अलग रखने का प्रयत्न करना । उनसे दूसरों को रोग न लगने पावे इसकी खूब सतर्कदारी रखना । छोटे बच्चों का तो पूरा-पूरा बचाव करना । ऐसे रोगियों को भी इलाज के लिए ले जाना । उनके सब कुटुंबियों की हर छठे महीने जांच करवाना ।

४—गाव के सार्वजनिक आरोग्य को सुधारने और इस रोग के बारे में लोगों को जानकारी कराने का प्रयत्न करना । जो रोगी अच्छे हो गये हैं उन्हें प्रचारक बनाने का अच्छा उपयोग हो सकता है ।

५—कोढ़ियों को गाव में नीचे लिखे काम नहीं करने देने चाहिए—

(१) अन्न और वस्त्र बनाने बेचने का काम ।

(२) घर का काम-काज, बच्चों का पालन और शिक्षण ।

प्रकरण २३ वां

कोढ़ संबंधी कुछ उल्लेखनीय संस्थाएँ

दि इंटरनेशनल लेप्रसी कांग्रेस

दुनिया में कोढ़ के सबंध में अधिकार पूर्वक शास्त्रीय निर्णय करने-वाली यह अकेली संस्था है। संसार के भिन्न-भिन्न देशों में साधारणतः हर पाचवें साल सब देशों के प्रतिनिधि-कुण्डवेत्ता (लेप्रालाजिस्ट) इकट्ठे होते हैं, उस समय तक की शोधों और अनुभवों की चर्चा करते हैं; उत्तमोत्तम निबंध पढ़े जाते हैं और अंत में प्रस्ताव रूप से कार्यकर्ताओं की स्वीकृति के लिए निर्णीत मत प्रकट किया जाता है। १९३१ में मिनिया (फिलिपाइस) में कांग्रेस हुई थी। उसके बाद १९३८ में ब्राह्रा (इजिप्ट) में ५ वां अधिवेशन हुआ। उसमें ५० देशों से लगभग ३०० कुण्ड रोग के जानकार जमा हुए थे। इस कांग्रेस के अब तक ५ अधिवेशन हुए हैं। इसकी ओर से 'दि इंटरनेशनल जर्नल आफ लेप्रसी' नामक त्रैमासिक पत्र निकलता है। इस संस्था के निर्माण में 'अमेरिकन लेप्रसी फाउंडेशन' से विशेष सहायता मिली है।

दि मिशन टु लेपर्स

संसार के अनेक देशों में अनेक वर्षों से निष्ठा और सेवा-भाव से कोढ़ियों के लिए बराबर काम करनेवाली 'दि मिशन टु लेपर्स' नामक संस्था है। १८७४ में डब्लू. सी. बेली ने इसकी स्थापना की थी। बेली उस वक़्त अम्बाला (पंजाब) में थे और अपनी फुसंत का वक़्त कोढ़ियों के प्रश्न के विचार में लगाते थे। उनके पत्र से मांकस्टाउन (डब्लिन) की तीन कुमारिकाओं ने उन्हें हर साल ४५० रुपये इकट्ठा करके इस काम में खर्च करने को भोजने का निदचय किया। उनकी कोशिशों का नतीजा यह हुआ कि पहले साल के अंत में बजट ४५५

करता है। उसमें से आधी रकम सरकार से सहायता-स्वरूप, एक तिहाई दूसरे देशों से सहायता और बाकी भारतीय जनता से मिलती है। आरम्भ से अब तक इस काम में मिशन ने १५ करोड़ रुपये से ज्यादा खर्च किये हैं। हिंदुस्तान का प्रधान कार्यालय पुरलिया (बिहार) में है।

लेप्रसी रिलीफ असोसियेशन—इण्डियन कौंसिल

१९२४ में लंदन में लेप्रसी रिलीफ असोसियेशन की स्थापना हुई और उसकी हिंदुस्तानी शाखा—इण्डियन कौंसिल की साल भर बाद १९२५ में। हिंदुस्तान में लोग रोगियों की दीन दशा से परिचित थे। इसलिए जब इंडिया कौंसिल की स्थापना के बाद फंड के लिए पब्लिक अपील निकली तो राजा महाराजा और जनता—सब ने बड़ी उदारता से उसका समर्थन किया। २०२५००० रुपया स्थायी कोष में जमा हो गया, और उससे मिलनेवाली १२२००० रुपये की सालाना रकम असोसियेशन को उद्देश्य-पूर्ति के लिये खर्च होने लगी। बीच में एक्सचेंज की दर के कारण इस आय में (११०००) सालाना की कमी हो गयी। पर आगे चल कर सिलवर जुबिली फंड में से (३१३०००) की सहायता मिल जाने से वह कमी पूरी हो गयी।

मर्यादित साधनों से अधिक से अधिक फायदा उठा लेने के लिए इस काम के तीन हिस्से किये गये हैं—(१) इस विषय के शोध अनु-संधान के लिये प्रेरणा और प्रोत्साहन देना, (२) रोग की उत्पत्ति, प्रतिबन्ध और उपचार सबकी यथार्थ ज्ञान लोगों में फैलाना, और (३) रोगी के आधुनिक उपचार पाने का प्रबन्ध करना। यह कार्यक्रम अमल में लाने का काम मध्यवर्ती कौंसिल और प्रांतीय शाखाओं में बांट दिया गया है। अनुसंधान, प्रचार और अनुभवी डाक्टर सिखा कर तैयार करना इत्यादि सर्व प्रांतीय उपयोग सबकी जिम्मेदारी मध्यवर्ती कौंसिल

संचे हुए। उपयुक्त जानकारी प्राप्त करने के बाद १९३१ में सर्वे पार्टी विसर्जित कर दी गई। कोढ़ रोकने के प्रभावशाली उपाय के अनुसंधान का काम इस वक्त बंगाल और मद्रास के शहरी हिस्सों तथा गांवों में जारी है।

प्रांतीय और स्थानीय सब शाखाओं के उपचार के प्रवर्ध का काम उनकी आमदनी के अनुसार चलता है। सब देशों में कुल १००० उपचार केन्द्र हैं। उनमें काफी रोगी उपचार के लिए आते हैं। हर शाखा की यह रिपोर्टें हैं कि नियमित और अधिक समय तक इलाज कराने पर उचित सुधार होता है। हजारों रोगियों को योग्य उपचार मिलता है और सुधरा हुआ रोगी बहुतेरे हताश भाइयों को केन्द्रों में भेजने का कारण बनता है, यह सुनिश्चि है। इसकी वजह से हिंदुस्तान से कोढ़ को नेस्तनाबूद करने की कोशिश में कामयाबी की उम्मीद होने लगी है।

क्युलिन (फिलिपाइन्स)

इस द्वीप में फिलिपाइन्स के सब रोगी अलगा कर जमा कर दिये गये हैं। अमेरिकन और फिलिपाइन्स दोनों सरकारों ने मिल कर वहाँ एक आदर्श संस्था बना दी है। दुनिया की इस सबंध की यह एक उत्तम संस्था है। अनुसंधान के काम में इसका खास स्थान है।

कुछ उल्लेखनीय व्यक्ति

फादर डैमियन—यह बेलजियन पादरी थे। इनका मूल नाम पा जोसेफ डिब्यूस्टर। इनका जन्म ३ जनवरी १८४० को ट्रेमेल में हुआ था। रोजगार में लगने के इरादे से इन्होंने तालीम पायी थी। लेकिन १८ वर्ष की उम्र में यह पादरी बन गये और डैमियन नाम पड़ा।

यह नायब पादरी होकर काम कर रहे थे कि इनके एक पादरी मित्र पैसिफिक द्वीप में बीमार पड़े। उनकी जगह यह काम करने गये। हवाई द्वीप की राजधानी होनोलूलू में मार्च १८६४ में पहुँचे। आरम्भ

